



**UNIVERSIDAD DE CUENCA**

**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**TÍTULO: “LA INFLUENCIA DE LA COMUNICACIÓN ASERTIVA EN EL  
EMBARAZO CON ADOLESCENTES”**

Trabajo de graduación, previo a la  
obtención del título de Licenciada  
en Trabajo Social.

**Autora:**

Andrea Narciza Morocho Saquipay

C.I. 0104363155

**Director:**

Mgst. Wilson Fernando Sánchez Loja

C.I. 0103982096

**Cuenca – Ecuador**

**2016**



## RESUMEN

La presente recopilación bibliográfica sobre el tema “La Influencia de la comunicación asertiva en el embarazo con adolescentes”, tiene como propósito desarrollar en la familia procesos comunicativos asertivos frente al embarazo adolescente; pues al ser un suceso inesperado para la vida familiar, las reacciones de rechazo, falta de apoyo o abandono son inevitables; decisiones equivocadas que afecta al proyecto de vida, bienestar psicológico, emocional y afectivo de las adolescentes; así como del niño o la niña que está por nacer.

En segundo lugar, abordaremos los aspectos generales de embarazo adolescente, sin dejar de lado el marco legal de derechos y accesos a servicios de salud de los que son beneficiarios; así mismo la comunicación asertiva y el papel fundamental de la familia frente al embarazo adolescente.

Finalmente, se aplicará una entrevista estructurada a las Trabajadoras Sociales del área de salud de la ciudad de Cuenca y las historias de vida a las adolescentes (testimonios) con la finalidad de asociar y analizar la teoría; además de ayudar a proporcionar una guía para la intervención con las adolescentes y la familia a fin de restituir, restablecer, fortalecer los lazos afectivos y sociofamiliares.

**Palabras Claves:** Embarazo adolescentes – Adolescentes – Familia – Comunicación Asertiva – Intervención del Trabajador Social.



## ABSTRACT

The investigation topic "The Influence of assertive communication in pregnancy with adolescents", has as purpose develop communication processes in the family assertive against teenage pregnancy; because being an unexpected event for family life, rejection reactions, lack of support or abandonment are inevitable wrong decisions affecting the project of life, psychological, emotional and affective well-being of adolescents; as well as that of the unborn child.

Secondly, we will cover the general aspects of adolescent pregnancy, without leaving aside the legal framework of rights and access to health services of which they are beneficiaries; as well as assertive communication and the fundamental role of the family in the face of adolescent pregnancy.

Finally, a structured interview is applied to the Social Workers of the health area of the city of Cuenca and the life histories to the adolescents (testimonies) with the purpose of associating and analyzing the theory; In addition to helping to provide a guide for intervention with adolescents and the family in order to restore, re-establish, strengthen affective and socio-family ties.

**Keys words:** Teenage pregnancy - Teenagers - Family - Assertive Communication - Social Worker intervention.



## CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>8</b>
<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>9</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
<b>GENERALIDADES - EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA .....</b>	<b>12</b>
1.1. Definición de adolescente. ....	12
1.2. Embarazo adolescente.....	16
1.3. Estadísticas del embarazo adolescente. ....	17
1.4. Marco legal del Embarazo en adolescentes. ....	20
1.5. Causas y factores asociados al embarazo adolescente. ....	24
1.6. Tabús sobre la Sexualidad desde los padres y la sociedad.....	26
1.7. Consecuencias del embarazo adolescente. ....	29
1.8. El embarazo adolescente desde la perspectiva cultural. ....	31
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>34</b>
<b>COMUNICACIÓN ASERTIVA EN LA FAMILIA .....</b>	<b>34</b>
2.1. La familia. ....	34
2.2. La disfuncionalidad familiar ante el embarazo adolescente.....	35
2.3. La comunicación y su clasificación.....	36
2.4. Comunicación asertiva. ....	40
2.5 Factores de riesgo y protectores que inciden en la falta de comunicación asertiva entre padres e hijos adolescentes. ....	42
2.6 Los aspectos positivos de la comunicación asertiva frente al embarazo adolescente. ....	44
2.7 El papel de la familia frente al embarazo adolescente.....	45



<b>CAPÍTULO III</b>	48
<b>RESULTADOS DE LAS ENTREVISTA A LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LAS ADOLESCENTES</b>	48
3.1. Entrevista a las profesionales de Trabajo Social del área de salud de la ciudad de Cuenca	48
3.2. Historias de vida de las madres adolescentes	69
3.3. Análisis de los resultados de las entrevistas a las profesionales y las historias de vida de las adolescentes	73
<b>CAPÍTULO IV</b>	76
<b>INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO</b>	76
4.1 Propuesta de Protocolo de Intervención en el embarazo adolescente y la familia.	76
<b>CONCLUSIONES</b>	86
<b>RECOMENDACIONES</b>	88
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	89
<b>ANEXOS</b>	94



## Cláusula de Derechos de Autor



Universidad de Cuenca  
Cláusula de Derechos de Autor

---

Andrea Narciza Morocho Saquipay autora de la monografía “La Influencia de la Comunicación Asertiva en el Embarazo con Adolescentes”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Trabajo Social. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 30 de noviembre de 2016

Andrea Narciza Morocho Saquipay

C.I: 0104363155



### Cláusula de Propiedad Intelectual

---



Universidad de Cuenca  
Cláusula de propiedad intelectual

---

Andrea Narciza Morocho Saquipay, autora de la monografía “La Influencia de la Comunicación Asertiva en el Embarazo con Adolescentes”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 30 de octubre de 2016

Andrea Narciza Morocho Saquipay

C.I: 0104363155



## DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo monográfico a Dios, mi madre, hermanos y sobrina. A Dios porque me ha cuidado y dado la fortaleza para seguir adelante a pesar de las adversidades, a mi madre porque ha sido un pilar fundamental en mi vida ya que me ha enseñado a luchar y no rendirme en los tiempos difíciles, a mis hermanos y sobrina pues ellos nunca han dejado de confiar en mis capacidades. Cada uno de ellos me han convertido en la mujer que ahora soy y nos los decepcionare.





### **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, a Dios, por haberme brindado la sabiduría y fortaleza necesaria para culminar con éxito esta etapa de mi vida, a mi madre, Lucila, mis hermanos Jessica, Christian y mi hermosa sobrina cada uno de ellos han sido mi pilar para seguir adelante y superar los obstáculos y adversidades que la vida me ha puesto y sin dejar de lado a mi padre, Honorio (+) por haber sido mi ángel y fuerza espiritual en este difícil trayecto.

En segundo lugar, a mi familia y amigos/as porque tuvieron la paciencia de escucharme cuando más lo necesitaba; dándome su apoyo y consejo que me han servido para tomar las decisiones correctas y oportunas.

Por último, al Magister Fernando Sánchez y Profesores que han guiado y proporcionado conocimientos y experiencias en fundamentales para mi formación profesional. También a las profesionales de Trabajo Social de las instituciones de salud públicas y privadas de la ciudad de Cuenca que se tomaron un tiempo para responder la entrevista.



## INTRODUCCIÓN

La presente monografía abordará el embarazo adolescente considerado como un problema social y de salud pública ya que abarca una serie de cambios económicos, psicológicos, familiares y sociales; que acompañada con el desarrollo de la adolescencia se vuelve una situación compleja para la adolescente y la familia pues al no contar con el asesoramiento, orientación y guía adecuada la situación se torna conflictiva en la que bloquean toda capacidad de comprensión y apoyo o caso contrario limitan el cumplimiento del rol de la adolescente asumiendo totalmente la crianza y educación del niño o la niña.

Dentro de este marco es necesario incorporar procesos de comunicación asertiva en la familia considerando que es la más adecuada para apoyar, comprender, y acertar el embarazo, además logrará restablecer y fortalecer las relaciones afectivas, emocionales y conductuales del grupo familiar pero principalmente ayudará a la adolescente tomar las mejores decisiones para su proyecto de vida hacia futuro.

Para explicar el desarrollo de esta monografía se le ha dividido en 4 capítulos:

En el capítulo I, se tratará sobre los **aspectos generales del embarazo adolescente** como definición de adolescente, estadísticas, causas, consecuencias, los tabúes sobre la sexualidad desde los padres y la sociedad; así también la perspectiva cultural de esta problemática.

En cuanto al capítulo II se abordará la **comunicación asertiva en la familia**, en la que se incluye la definición de familia, disfuncionalidad familiar, la comunicación y su clasificación, además de la comunicación asertiva y sus aspectos positivos y los factores de riesgos y protectores de la falta de comunicación entre padre e hijos/as, sin dejar de lado el papel de la familia frente al embarazo adolescente.



En el capítulo III se desarrollará los **resultados de las entrevistas** a los Trabajadores Sociales del área de salud de la ciudad de Cuenca y los testimonios de vidas de las adolescente madres o mujeres que tuvieron su primer hijo en la adolescencia; mismo que se obtendrán a través de la entrevista estructurada a las profesionales y las historias de vida de las adolescentes con la finalidad de comparar y asociar la teoría con la realidad que posteriormente orientará la intervención del Trabajador Social.

Finalmente, en el capítulo IV sobre la **intervención del Trabajador Social desde el enfoque sistémico**, se propondrá un protocolo de intervención para el quehacer del Trabajo Social frente al embarazo adolescente en la cual el profesional actuará como asesor y mediador neutral entre los padres y adolescente a fin de que reconozcan las dificultades y generen a corto y largo plazo sus propias soluciones precautelando así el bienestar del grupo familiar.



## CAPÍTULO I

### GENERALIDADES - EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

#### 1.1. Definición de adolescente.

El significado de la palabra “ADOLESCENTE” proviene del latín “ADOLESCERE” cuyo significado es “crecer” o “desarrollarse”. Por lo tanto Adolescente es aquella persona hombre o mujer que se encuentran en una edad comprendida entre los 12 a 18 años de acuerdo al art.- 4 del Código de la Niñez y la Adolescencia (Congreso Nacional, 2003); aunque la Organización Mundial de la Salud establece adolescente a la persona de entre 10 a 19 años de edad.

El adolescente en los próximos años atravesará una serie de importantes cambios tanto en el aspecto físico, psicológico y sexual que contribuirán a delinear su personalidad (Mora, 2006, pág. 92). Recalcando que “cada adolescente es único y al iniciar esta fase tiene grandes posibilidades para lograr la realización personal, la cual es mayor y mejor de acuerdo con las oportunidades que se le brinden para desarrollar las tareas evolutivas necesarias y obligatorias de la adolescencia” (Jerves & Enzlinn, 2011, pág. 10).

Contrastando con la información anterior la Organización Mundial de la Salud, define a la adolescencia como “una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios biológicos; sin embargo, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos” (OMS, 2013).

De este modo, las autoras Silvia López, Jessica Castillo y Monserrath Jerves, plantea las siguientes características del desarrollo fisiológico y reproductivo adolescente (Desarrollo del Adolescente, 2010), detallados en el siguiente cuadro:



**Cuadro No. 1**

En las mujeres	En los hombres
<b>Características primarias</b>	
Desarrollo de los órganos necesarios para la reproducción	
La vagina – el útero – los ovarios	El pene - los testículos – la próstata – vesícula seminal
<b>Características secundarias</b>	
Consiste en el desarrollo del aspecto físico de la persona en la etapa de la adolescencia.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Crecimiento de los senos.</li><li>• Desarrollo del vello púbico.</li><li>• Menarquia</li><li>• Aparición del vello axilar.</li><li>• Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas.</li><li>• La pelvis se ensancha y las capas de grasa aumentan debajo de la piel.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Crecimiento de los testículos y saco escrotal.</li><li>• Desarrollo del vello púbico.</li><li>• Estirón puberal.</li><li>• Cambio de la voz</li><li>• Crecimiento del pene, próstata y la vesícula seminal.</li><li>• Primera eyaculación de semen.</li><li>• Aparecimiento del vello facial y axilar.</li><li>• Aumento en la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas.</li><li>• Ensanchamiento de los hombros, las piernas son más largas que el tronco y los antebrazos más largos en relación con la estatura.</li></ul>
La estatura definitiva que alcanzan tanto hombres como mujeres se da entre los 16 y 18 años de edad ( <b>López A, Castillo N, &amp; Jerves H, 2010, págs. 16 - 17).</b>	

**Fuente:** Desarrollo del adolescente (López, A. S., Castillo, N. J. & Jerves H. M. A, 2010).

**Elaborado por:** Andrea Morocho



Es por ello que la adolescencia se divide en tres etapas según los autores Monserrath Jerves & Paul Enzlin (2011, págs. 11 - 12) y Margarita Barrón (2012, pág. 218):

**Cuadro 2**

<b>Adolescencia temprana</b>	Inicia entre los 11 a 14 años esta se caracteriza por la transición de la infancia hacia la pubertad que incluye cambios físicos, psicológicos y sociales en la búsqueda por su autonomía, es decir, cambian la dependencia afectiva de los padres y la trasladan a los pares.
<b>Adolescencia media</b>	Inicia entre los 14 a 16 años, se caracteriza por sentirse mayoritariamente identificado con sus amigos (pares), quienes aceptan y reproducen sus comportamientos, pensamientos e ideales de acuerdo a ese grupo.
<b>Adolescencia tardía</b>	Inicia entre los 17 a 19 años, la personalidad del adolescentes se va definiendo en esta etapa puesto que, tiene una visión más real y cercana de su futuro como sus metas, valores, pensamientos, es decir su propia identidad personal y social.

**Fuente:** Estado del Arte de la Educación Sexual en Adolescentes ( Jerves M. & Enzlin P., 2011) - Crecimiento y Desarrollo de la Biología en la Educación y la Salud / 1ra. Edición (Barrón, 2012).

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

En cuanto al desarrollo psicológico y social adolescente se inicia un proceso de autoreconocimiento; es decir, una intensa búsqueda de preceptos morales, culturales y éticos que les ayuden a definir su propia identidad, que viene acompañado de constantes conflictos y desconciertos, que a largo plazo les permitirá reconocer sus propias aptitudes, deseos y habilidades; durante este proceso de cambios es fundamental el apoyo emocional y afectivo para



desarrollarse exitosamente dentro de su contexto familiar y social (López, A. S., Castillo, N. J. & Jerves, H. M. 2010, págs. 30 - 32).

Según Elsa Mora indica que “suponiendo que el niño o la niña crecen bajo un modelo educativo ni demasiado rígido, ni demasiado permisivo, el periodo de crisis adolescente debe ser superado con éxito” (2006, pág. 95). Sin embargo hay que mencionar que en la etapa de la adolescencia aspectos como las cultura, edad, sexo, religión, origen étnico, instrucción académica, posición económica (status social) y actualmente los medios de comunicación inclusive influyen en el aspecto físico ideal “cuerpo perfecto”, formas de satisfacción personal van moldeando la identidad del adolescente y a la vez instauran normas, valores y costumbres que determinará el proyecto de vida adolescente (Barrón, M. 2012, págs. 214 - 217).

De esta manera, la UNICEF argumenta que “la adolescencia no se refiere a un grupo homogéneo, sino, por el contrario, a construcciones socioculturales diversas sobre lo que significa ser o no ser adolescente en un determinado contexto” (UNICEF, 2014, págs. 35 - 36). Es por ello que las concepciones sobre la adolescencia variarán de acuerdo al país, ciudad o región; por lo que “el desarrollo de la identidad puede ser particularmente complejo para los jóvenes pertenecientes a grupos minoritarios. El origen étnico puede representar un papel central en su auto-concepto” (Papilia, Wendkos Olds, & Duskin Feidman, 2009, pág. 519).

Así por ejemplo, en la comunidad Tsáchila (Ecuador) “conocida como los indios colorados de Ecuador”, cuando el niño se transforma en púber recibe de la familia bienvenida y cambia inmediatamente su vestimenta; por primera vez puede pigmentar su cabello con una sustancia pastosa rojiza, la misma que endurecerá y le dará el aspecto y estatus de hombre adulto. Luego se juntará el alcohol y el tabaco. El chamán o brujo de la tribu mediante una “limpia” le aconseja y le da las primeras normas de comportamiento social” (López A, Castillo N, & Jerves H, 2010, pág. 9). De hecho la Unicef recalca que “dentro de la comunidad los y las adolescentes constituyen la fuerza de trabajo, lo que conlleva un tránsito muy rápido, de la niñez hacia la adulta” (UNICEF, 2014).



En conclusión, acorde a los autores citados; es una etapa de crisis o para otros como una transición por los cambios físicos, sexuales y psicológicos, en la que intervienen los aspectos sociales, culturales, políticos, religiosos, económicos y educativos que influirán en el proyecto de vida del adolescente.

## **1.2. Embarazo adolescente.**

Según Ana María Vega y concordancia con la entrevista a las Trabajadoras Sociales del área de salud de la ciudad de Cuenca; el embarazo adolescente es un problema social y de salud que afecta a parejas o mujeres solas menores de 20 años con consecuencias definitivas para la adolescente, la familia y la sociedad; puesto que es una etapa de cambios drásticos tanto físicos como psicológicos y con “acentuación de los conflictos no resueltos anteriormente”. (Vega, 2014, pág. 248).

De este modo, el embarazo en la adolescencia provoca en la adolescente evidentes cambios físicos como (Vega, 2014, pág. 249):

- Ausencia de la menstruación.
- Sensibilidad en el olfato, náuseas, mareos, vómito, cansancio y sueño.
- Se pierde el talle (cintura).
- Aumento del tamaño de las mamas y sensibilidad.
- Se produce la tumefacción de areola y el pezón, aumento de la pigmentación y puede haber una pequeña bajada de leche.
- Además de las posibles complicaciones durante los nueve meses de gestación o al momento del alumbramiento.

De hecho, la Organización Mundial de la Salud, asegura que un embarazo es más riesgoso en adolescentes menores de 16 años, que una mujer de 20 a 30 años de edad, además es la segunda causa de muerte entre las adolescentes de 15 a 19 años; respecto a la salud del niño o niña puede nacer con bajo peso, desnutrición, nacimiento prematuro u otra enfermedades y las probabilidades de muerte de ese niño/a es de un 50%. Por lo que indican que la edad idónea para concebir es entre los 20 a 24 años de edad (OMS, 2013).



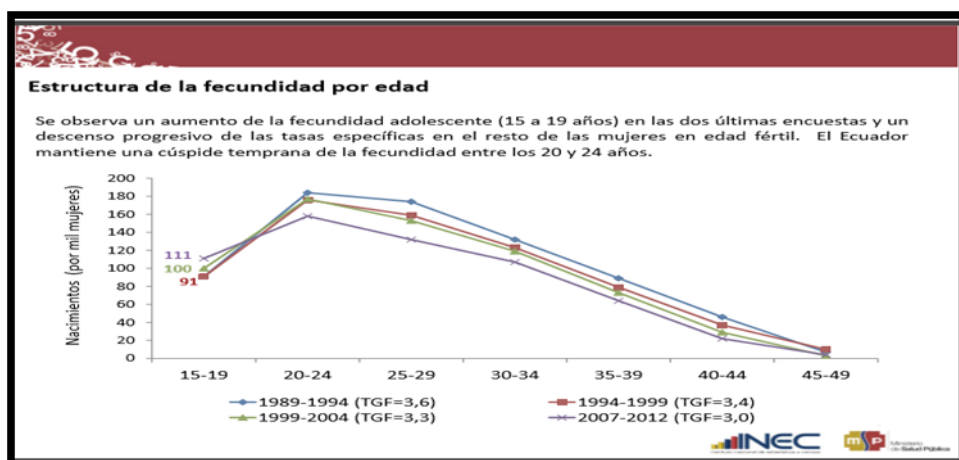
En esta perspectiva, el embarazo también afecta notablemente a la parte psicológica de los adolescentes ya que deben asumir un rol ajeno a su edad (padre – madre); además de criar, educar y satisfacer las necesidades del niño o niña y al mismo tiempo lidiar con la etapa de su propia adolescencia; a esto también se añade que la familia deja de apoyar económica y afectivamente; llevándoles a tomar decisiones inadecuadas en el que se ve comprometido su proyecto de vida (Toledo, V. et al., 2003, págs. 128 - 129).

En resumen, desde la antigüedad el embarazo adolescente ha sido un fenómeno socialmente aceptado e incluso recibían el apoyo de su entorno familiar y de la comunidad siempre y cuando se produzca dentro de la relación del matrimonio. Por el contrario en la actualidad esta problemática no solamente va aumentando sino preocupando por la gran cantidad de madres solteras adolescentes pues al no ser deseado, ni mucho menos planificado; el padre adolescente se deslinda de toda responsabilidad; siendo la adolescente la que asume la crianza del niño, en algunos casos con el apoyo esporádico de la familia.

### 1.3. Estadísticas del embarazo adolescente.

Según el INEC, en Ecuador 2 de cada 3 mujeres de entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas (2014).

**Gráfico 1**



**Fuente:** INEC 2014 – MSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>.

Por su parte el Ministerio de Salud Pública del Ecuador argumenta que el embarazo en adolescentes representa un problema de salud pública, a nivel nacional existe un alrededor de 1.600 embarazos anuales en adolescentes menores de 15 años de edad y por ello que nuestro país a nivel Sudamericano ocupa el segundo lugar dentro de las estadísticas (MSP, 2013):

**Gráfico 2**

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2010).

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Gráfico 3**

**Fuente:** Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2010).

**Elaborado por:** Andrea Morocho

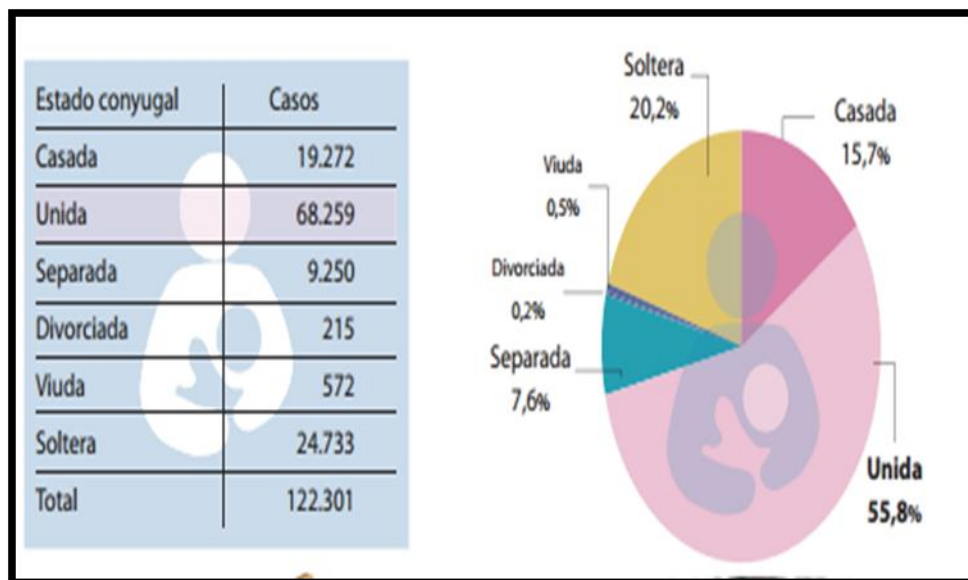
Aunque, el 80, 1% de mujeres en edad fértil de entre 15 a 49 años utilizan algún tipo método anticonceptivo. Inclusive en el estado conyugal ya sea en relación de matrimonio o unidos el uso de métodos anticonceptivos es mayor en las mujeres (80,1%) a comparación con los hombres (70%). También 7 de cada 10 mujeres (70,6%) sexualmente activas que no están casadas o unidas utilizan algún tipo de método anticonceptivo, de acuerdo a los hombres que solo 64,8% (INEC, 2014).

En cuanto a la Unicef en su informe sobre “Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes”, en América Latina, 1 de cada 3 jóvenes es madre antes de cumplir 20 años. Destacando a países de la región con mayores porcentajes de madres adolescentes se encuentran (UNICEF, 2014, pág. 19):

- Bolivia y Colombia (20%)
- Ecuador (21%) y
- Guatemala y El Salvador (24%),
- República Dominicana (25%),
- Honduras (26%),
- Nicaragua (28%)

Finalmente, la Organización mundial de la salud indica que el 11% de los nacimientos a nivel mundial se producen en adolescentes de entre 15 y 19 años de edad y el 95% de esos embarazos provienen de países de ingresos bajos y medianos. También cabe mencionar que el 30% las mujeres de ingresos medianos y bajos contraen matrimonio antes de los 18 años y el 14% lo hace antes de los 15 años (OMS, 2014) y en el caso de Ecuador el 55,8% de adolescentes se encuentran en una relación de unión libre y el 20.2% a madre solteras (INEC, 2014).

**Gráfico 4**



**Fuente:** INEC 2010. Recuperado de: [http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos\\_adolescentes1.pdf](http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/embarazos_adolescentes1.pdf).



#### **1.4. Marco legal del Embarazo en adolescentes.**

En este ítem se hará referencia a la responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Descentralizados, Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Educación e instituciones privadas de promover campañas sobre los derechos sexuales y reproductivos, además de los accesos a servicios de salud y la prevención del embarazo en la adolescencia al cual tienen derecho los y las adolescentes, con la finalidad de proteger y garantizar la salud física, psicológica, afectiva y sexual de los mismos.

##### **Constitución de la República del Ecuador (2008).**

La Constitución de la República del Ecuador publicada mediante Registro Oficial No. 449 del 20 de octubre de 2008 establece que los/las ecuatorianos/as gozarán sin distinción alguna de todos sus derechos, deberes, oportunidades y accesos a servicios, establecida en este texto; principalmente de aquellos que se encuentran dentro de los grupos prioritarios como las mujeres embarazadas y los niños, niñas y adolescentes (2008).

Es importante mencionar que en el capítulo segundo de los Derechos del Buen Vivir - Sección séptima referente a Salud **Art.- 32**, establece que (...) El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

De esta manera en el capítulo tercero de los Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria - Sección cuarta referente a las Mujeres embarazadas la constitución indica en el **Art. 43.-** El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:



1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.

Por lo tanto, el Estado promoverá el derecho de las personas para decidir sobre su salud sexual y reproductiva, establecidos en el capítulo sexto de los Derechos de libertad en el **Art.- 66**, en los numerales:

**Numeral 9:** El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras.

**Numeral 10:** El derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre su salud y vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

Por consiguiente, en el título séptimo - Régimen del Buen Vivir - sección segunda referente a Salud en el numeral 6 del **Art.- 363**.- El Estado es responsable de: asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

### **Código de la Niñez y Adolescencia (2003).**

En el Código de la Niñez y Adolescencia fue aprobado mediante Registro oficial No. 737 del 03 de enero de 2003 y que entró en vigencia el 03 de julio del mismo año; en este código se protegen, promueven y garantizan los derechos los niños, niñas y adolescentes; a su bienestar físico, psicológico y sexual, así como de su entorno social, educativo y familiar.



En virtud del **Art. 25.-** Atención al embarazo y al parto.- El poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños, niñas y adolescentes crearán las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto, a favor de la madre y del niño o niña, especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos.

Y para su efecto el **art.- 38** de los objetivos de los programas de educación: La educación básica y media asegurarán los conocimientos, valores y actitudes indispensables para:

- a) Desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niños, niña y adolescente hasta su máximo potencial, en un entorno lúdico y afectivo;
- b) Promover y practicar la paz, el respeto a los derechos humanos y libertades fundamentales, la no discriminación, la tolerancia, la valoración de las diversidades, la participación, el diálogo, la autonomía y la cooperación;
- c) Orientarlo sobre la función y la responsabilidad de la familia, la equidad de sus relaciones internas, la paternidad y maternidad responsable y la conservación de la salud.

En consecuencia, según el **art.- 50** referente al Derecho a la integridad personal indica que Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

**Ordenanza para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos y por la que se institucionaliza la red de salud sexual y salud reproductiva en el cantón cuenca (2013).**

Para concluir en la ordenanza para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos; y por la que se institucionaliza la red de salud sexual y salud reproductiva fue aprobada el 17 de mayo de 2013, para garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva de los ciudadano/as del cantón



Cuenca en coordinación con empresas del gobierno local y nacional que trabajen sobre estos temas y la Comisión de Inclusión Social, Género y Grupos de Atención Prioritaria del I. Concejo Cantonal se encargará del seguimiento y vigilancia de la ordenanza.

De este modo se indica que en el **Art.- 1** La presente ordenanza tiene por objeto garantizar la implementación en el cantón Cuenca de políticas públicas destinadas a la promoción, desarrollo y plena vivencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos, así como al acceso igualitario, pleno y sin discriminación a la atención de la salud sexual y reproductiva para toda la población tanto del área urbana como rural del Cantón Cuenca, con énfasis en adolescentes y jóvenes así como la institucionalización de la Red de Salud Sexual y Reproductiva en el Cantón Cuenca

Es así que el **Art. 5** establece que para la elaboración del Plan Integral de Derechos y Salud Sexual y Salud Reproductiva, se tendrá en cuenta los siguientes ejes constitutivos:

- 1. Eje de Prevención y promoción:** acceso a información científica veraz y oportuna en temas de sexualidad, servicios de consejería, promoción de derechos sexuales y derechos reproductivos, fortalecer las capacidades de comunicación en temas de sexualidad
- 2. Eje de Atención:** Prevención de embarazo no planificado e infecciones de transmisión sexual, control de embarazo y parto seguro, prevención de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, acceso a métodos anticonceptivos modernos, garantía de cumplimiento de todos los protocolos de atención previsto en la Ley y consejería con enfoque de derechos y apropiada para cada segmento poblacional.
- 3. Eje de Edu-comunicación:** participación intersectorial para desarrollar campañas educativas en temas de sexualidad por medios escritos, radiales televisivos y electrónicos, campañas a nivel de sistema educativo y en las comunidades para fortalecer la toma de decisiones adecuadas en salud sexual y reproductiva



4. **Eje de investigación:** ejecución de proyectos de investigación para conocer la problemática asociada con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, contar con una línea de base para la planificación en este ámbito, consolidar la información existente, documentar los avances.
5. **Eje de fortalecimiento organizativo y control social:** promover y fortalecer la organización social y su participación en los procesos de generación de políticas públicas, en la investigación, planificación, ejecución, vigilancia y evaluación, en la toma de decisiones, en la construcción y recuperación de saberes.

### 1.5. Causas y factores asociados al embarazo adolescente.

De acuerdo con Elsa Mora (2006, pág. 193), ONU – MUJERES (2015) y las Trabajadoras Sociales entrevistadas del área de salud de la ciudad de Cuenca, las causas y factores que influyen en el embarazo en la adolescencia están clasificados en tres factores:

**Cuadro 3**

<b>Personales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• o tener un proyecto de vida desde la infancia.</li><li>• Maduración sexual acelerada</li><li>• Inmadurez intelectual</li><li>• Falta de afectividad</li><li>• Sentimientos de rechazo, abandono, soledad, etc.</li><li>• Deserción educativa</li><li>• Un mecanismo para retener a la pareja</li><li>• Una profunda connotación “narcisista” como para señalarse, para distinguirse de las demás, para volverse “popular”.</li><li>• Violación</li><li>• Uso de drogas.</li><li>• Búsqueda neurótica de aprobación y afecto por la pareja.</li></ul>
<b>Familiares</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Familias “en crisis”, especialmente crisis prolongadas.</li></ul>





	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relaciones violentas entre sus miembros.</li><li>• Falta e indiferencia de comunicación entre padres e hijos.</li><li>• La vergüenza de los padres para hablar temas sobre sexualidad.</li><li>• Relaciones marcadas por la indiferencia.</li><li>• Exceso de libertad de los padres.</li><li>• Migración de los padres</li><li>• Pobreza económica, marginación.</li><li>• Presencia de padrastros. Estos personajes son los que ocupan el primer lugar en abuso sexual y violación.</li><li>• Ser descendiente de madre soltera.</li></ul>
<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cultural</li><li>• Influencia del grupo de amigos</li><li>• Asedios de los medios de comunicación (cine, T.V., revistas, etc.) plagados de mensajes erotomaniacos.</li><li>• Falta de oportunidades de superación</li><li>• Ociosidad. Exceso del tiempo libre.</li><li>• Exceso de información</li><li>• Desconocimiento de la prevención del embarazo, a pesar de la información proporcionada por los centros educativos, así como las diferentes campañas emprendidas por los gobiernos locales y nacionales.</li><li>• Carencia de supervisión en la familia, la escuela, el trabajo, etc.</li><li>• Acoso sexual: estupro, incesto, violación.</li><li>• Déficit educacional.</li><li>• Dificultades para aplicar lo aprendido sobre todo por la actitud hostil de los vendedores de Farmacias que rechazan la posibilidad de que los y las adolescentes compren medios anticoncepcionales.</li></ul>

**Fuente:** Entrevista realizada a las profesionales de Trabajo Social del área de salud y Psicopedagogía Infanto – Adolescente.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.



### **1.6. Tabús sobre la Sexualidad desde los padres y la sociedad.**

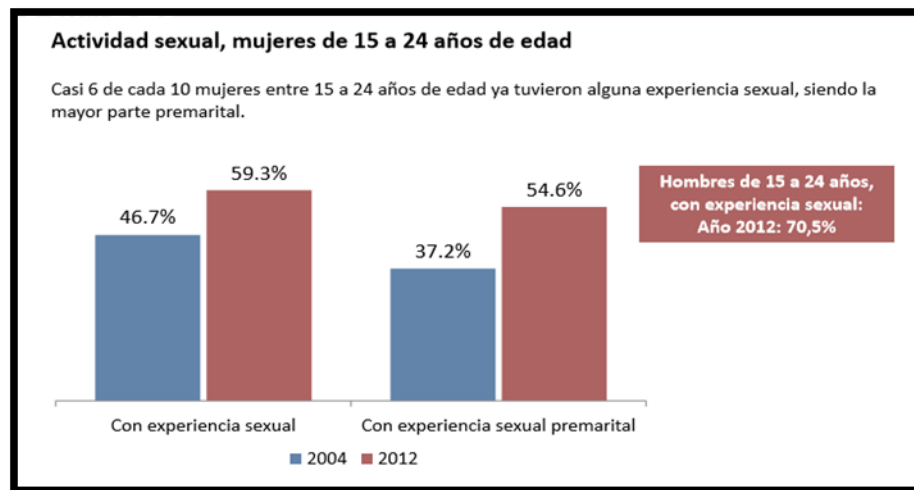
La sexualidad es una parte esencial del ser humano que abarca “un conjunto de características estructurales, fisiológicas, comportamentales y socioculturales” (López A, Castillo N, & Jerves H, 2010, pág. 47).

Sin embargo en la actualidad a los padres, profesores y sociedad aún les resulta difícil dialogar sobre la sexualidad humana ya que lo consideran como algo malo, sucio o negativo puesto que aún persisten los estigmas y prejuicios sociales al momento de dialogar con los niños, niñas y adolescentes. A pesar que de acuerdo a las normativas nacionales e internacionales los Gobiernos Centrales y Autónomos de cada país deben promover e impulsar estrategias para el asesoramiento sobre la salud sexual y reproductiva, métodos de anticoncepción, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual, etc. (UNICEF, 2014, pág. 24).

De esta manera, los y las adolescentes a pesar de recibir la información necesaria para una sexualidad responsable; la sociedad aún se encarga de catalogarlos como personas incapaces de tomar sus propias decisiones, siendo todos sus actos realizados por instinto, en la que son los únicos culpables de las consecuencias que conlleva dicha “irresponsabilidad”. Puesto que la sexualidad humana es influenciada por cambios los culturales generados por los procesos migratorios, creencias, valores, concepciones culturales y religiosas arraigadas y la tecnología (medios de comunicación, redes sociales); incrementándose de este modo la brecha generacional entre padres e hijos que viene a ser caracteriza por la distancia, falta de comunicación y el desinterés de las partes (UNICEF, 2014, págs. 36 - 38).

Es así que 6 de cada 10 mujeres han iniciado una vida sexual activa fuera de la relación del matrimonio (INEC, 2014).

### **Gráfico 5**



**Fuente:** INEC 2014 – MSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012 Demografía, salud materna e infantil y salud sexual y reproductiva. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/g>.

Entre los tabúes de los padres y la sociedad de acuerdo al informe de la UNICEF sobre “Vivencias y Relatos sobre el embarazo en adolescentes” (2014, págs. 44 - 47) y en complemento con la entrevista realizada a las profesionales de Trabajo Social de área de salud de la ciudad de Cuenca son:

- El sistema rígido (machismo), vergüenza o silencio también es una forma de violencia pues deja abierta todas aquellas dudas e incertidumbres sobre la sexualidad que en combinación con la etapa de la adolescencia significa problemas, embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual; por lo cual, a la familia se vuelve más difícil dialogar sobre este tema ocasionando que los adolescentes acudan a otras personas para consultar e informarse.
- No llamar a las partes del cuerpo por su nombre correcto e inclusive ir al ginecólogo/a aun causa vergüenza o temor.
- La religión tiene y ha tenido gran influencia en los padres y adolescentes al momento de dialogar sobre este tema, ya que ven a la sexualidad humana como algo negativo, relacionado con “pecado”, que si es fuera del matrimonio puede conllevar al “castigo divino”.
- La mujer es caracterizada como el sexo (género) débil que debe aprender a cuidarse y cualquier acto violencia (acoso, violación, abuso o atentado al pudor) se debe únicamente a responsabilidad de ella; por haber tenido la



“osadía” de haber “provocado”; pero sobre todo, por no haber sabido comportarse como lo ha determinado la sociedad.

- La castidad o virginidad debe ser únicamente para la pareja de vida pero en el caso de los hombres no pesa tanto este cuestionamiento.
- El machismo es sinónimo de poder, autoridad en la que ellos toman las decisiones sobre el cuerpo de la mujer (pareja) y de utilizar algún método de anticoncepción o planificación familiar; reproduciéndose un patrón sobre la imagen “Hombre” y en lo que según la UNICEF en su informe sobre “Vivencias y Relatos sobre el embarazo en adolescentes”; las hijas adolescentes antes de rebelarse, reaccionar y tomar sus propias decisiones repiten el patrón de las madres, en la que progresivamente van asumiendo, naturalizando y reproduciendo la desigualdad y la posición de subordinación vinculadas a la construcción del ideal de la “mujer buena” (2014, pág. 45).
- Los adolescentes que han decidido llevar una vida sexual activa y responsable como es la utilización de métodos anticonceptivos como sujetos de derechos y capaces de tomar sus propias decisiones son catalogadas/os como “provocadoras/res”, “rebeldes” y “tremenda/o”, que la sociedad pasivamente lo ve como una transgresión a la norma y que debe ser sancionado.
- Los adolescentes construyen preceptos imaginarios sobre “las promesas de amor” de la pareja viéndole como sinónimo de “felicidad”, en la que ellos/as buscan refugiarse o al menos lograr el afecto que no obtuvieron en el núcleo familiar; además de que ven al hijo que está por nacer como la opción para que asegurar y unirse definitivamente con la pareja.

En resumen, la sexualidad viene influenciada por las ambivalencias culturales y religiosas en la que los padres, profesores y sociedad son quienes dirigen la vida e influyen en las decisiones de los adolescentes (UNICEF, 2014, pág. 44 y 45); incrementándose así las diferencias generacionales, desconfianza, temor e incertidumbre y el miedo al cuestionamiento por recibir una respuesta negativa volviéndoles vulnerables a tomar decisiones equivocadas (López, A. S., Castillo, N. J. & Jerves H. M., 2010, pág. 49 y 50).



### 1.7. Consecuencias del embarazo adolescente.

Las consecuencias del embarazo adolescentes de acuerdo a la entrevista aplicada a las profesionales de Trabajo Social y según Elsa Mora se clasifican en (Mora, 2006, págs. 192-193): **Cuadro 4**

<b>Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anemia.</li><li>• Infecciones vaginales.</li><li>• Enfermedades de transmisión sexual.</li><li>• Aborto espontáneos.</li><li>• Intentos de abortos.</li><li>• Estados hipertensivos gestacionales.</li><li>• Malformaciones en el niño/a (Discapacidad).</li><li>• Parto difícil y prolongado.</li><li>• Parto prematuro.</li><li>• Desnutrición del niño/a.</li><li>• El cuerpo no está preparado para el alumbramiento que a largo plazo trae complicaciones de salud.</li></ul>
<b>Psicológico</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Miedos y confusiones.</li><li>• Emocionales por muchas dejan sus estudios</li><li>• Inquietud del futuro incierto.</li><li>• Negación</li></ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Abandono educativo.</li><li>• Bajo rendimiento educativo.</li><li>• Abandono del niño la pareja.</li><li>• Dificultad para encontrar empleo.</li><li>• Situación económica baja.</li></ul>
<b>Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falta de apoyo familiar.</li><li>• Presión social para el matrimonio.</li><li>• Pérdida de la confianza.</li><li>• Dependencia económica.</li><li>• La familia asume y quita responsabilidades.</li></ul>

**Fuente:** Entrevista realizada a las profesionales de Trabajo Social del área de salud y Psicopedagogía Infanto – Adolescente.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

Es importante detallar algunos aspectos relevantes de las consecuencias:

Respecto a la salud de la madre adolescente la Organización Mundial de Salud considera que el riesgo de morir a consecuencia de problemas relacionados con el embarazo, el parto y el aborto para mujeres de 15 a 19 años es casi el doble de quienes tienen 20 a 24 años y 80 veces más alto en países considerados de “tercer mundo” que Estados Unidos o Canadá (OMS, 2013).



De acuerdo a las entrevista aplicada a las Trabajadoras Sociales del área de salud sobre quien asume la responsabilidad de crianza y educación del niño o niña siempre recae en la adolescente y la familia, puesto que el padre adolescente no apoya ni asume la responsabilidad; más bien ellos retoma su vida normalmente, afectando a futuro el vínculo afectivo entre padres e hijos (Vega, 2014, págs. 261 - 263).

En esta misma perspectiva, el niño o niña de padres adolescentes desde su nacimiento pueden nacer con bajo peso, desnutrición o puede ocurrir negligencia en su cuidado, maltrato físico y psicológico, optando como el único método para educarlos por ellos debido a la falta de experiencia (Vega, 2014, pág. 262). Así mismo la OMS argumenta que los bebés de madres menores de 20 años se enfrentan a un riesgo un 50% superior de mortalidad prenatal o de morir en las primeras semanas de vida que los bebés de mujeres de 20 a 29 años. Cuanto más joven sea la madre, mayor el riesgo para el bebé (2013).

En cuanto al ámbito educativo existe un mayor acceso o posibilidad de continuar en el sistema educativo, ya sea en la modalidad presencial, semi-presencial o distancia; sin embargo la responsabilidad implica que la adolescente debe abandonar o postergar sus estudios y en los casos en los que la familia apoya son pocos (Comité Subregional Andino, 2009, págs. 126 - 127). Por ello las posibilidades de encontrar un trabajo estable y bien remunerado es casi nulo y los que logran conseguir son maltratados o explotados. Es más según la página oficial del ONU-MUJERES indica que el 4% de las mujeres menores de 18 años realizan trabajo doméstico con remuneración entre las provincias con más índice son: Cañar (10%), Cotopaxi (9%), Azuay y la Amazonía (8%), Manabí (7%), Pichincha y Tungurahua (ambas con 5%) (ONUMUJERES, 2015).

En definitiva todas estas consecuencias ocasionan en los adolescentes sentimientos de culpa y desvalorización como personas; además del temor de enfrentarse a un nuevo estilo de vida en cual tienen que ser adolescentes y madres al mismo tiempo.



### 1.8. El embarazo adolescente desde la perspectiva cultural.

El embarazo en adolescentes también denota un tema de cuestión cultural y al igual que la concepción de adolescente esta variará según la región, país, ciudad, grupo o comunidad, de acuerdo a las normas y pautas instauradas a lo largo de la historia (Comité Subregional Andino, 2009).

Por lo tanto el embarazo adolescente desde la perspectiva cultural significa para los adolescentes la pérdida del derecho a pertenecer, gozar y ser apoyado por una familia; todo este rechazo o discriminación a las que se ven sometidos provoca un mayor riesgo de aceptar relaciones violentas, de abandonar la educación y el proyecto de vida en general; es decir de aceptar y naturalizar la vulneración de sus derechos (UNICEF, 2014, pág. 56). De este modo la familia y la sociedad no miran a esta problemática como un suceso que engloba diversos factores; sino que recae en un vaivén de culpabilidades y responsabilidades entre padres, centros educativos y comunidad.

En esta perspectiva el embarazo adolescente culturalmente ha sido aceptado y rechazado:

**Aceptado.-** Por que los adolescentes ven como una opción para salir de la violencia intrafamiliar, del régimen autoritario de los padres o por el “amor” hacia la pareja que a largo plazo se convierte en factor de riesgo y vulnerabilidad frente a la posibilidad de un futuro distinto.

Así por ejemplo la maternidad y paternidad adolescente en cierta medida es socialmente aceptada por algunos países como Colombia, República Dominicana, Paraguay o Ecuador puesto que están dentro de las responsabilidades esperadas por la comunidad, familia y sociedad; además disminuye la sanción por no ser un embarazo deseado o si tiene o no pareja y más bien reciben el apoyo del contexto familiar; viéndole como la posibilidad de que los hijos asuman responsabilidades o cambien su conducta “rebelde”; pues esta experiencia abarca un serie de sacrificios, dificultades y riesgos entre los que está cumplir con el nuevo rol,



terminar sus estudios, ingresar a un trabajo estable y bien remunerado con la finalidad de tener un hogar más o menos estable (UNICEF, 2014, pág. 57 y 58).

**Rechazado.-** Porque el embarazo en la adolescencia es mal visto por no haber respetado los tabúes de la sexualidad frente a los preceptos sociales y culturales; es decir, las normas, valores y pautas del grupo familiar o comunidad catalogándoles como “rebeldes” o “malcriados” y que según los padres son influenciados por malas amistades, los medios de comunicación (internet y redes sociales), la sobreprotección, despreocupación y exceso de libertad de los padres; pero sobre todo por la edad temprana para tener hijos en la que se ve afectado su proyecto de vida.

Toda esta situación lleva a los adolescentes a asumir múltiple identidades como ser adolescente, padre o madre y a la vez adulto/a llevándolos consecuentemente a la frustración, desilusión, desesperanza, entre otras emociones negativas; que influirán para tomar decisiones equivocadas como aceptar la subordinación o repetir el círculo de violencia; en su afán por conseguir el prestigio de hombre o mujeres “adultas/os”, así como recibir el afecto y protección como “niñas” (UNICEF, 2014, págs. 53 - 57).

Por lo tanto el embarazo adolescente puede deberse a varios aspectos:

**1.-** Por la necesidad de satisfacer sus propias carencias afectivas o emocionales que no fueron reforzadas por la familia y entorno social.

**2.-** Una forma retener a la lado a la persona que dicen “amar”, es decir que le proporciona ese cariño que le hace falta, generando confusión e incertidumbre, por lo que se asume la sexualidad solamente como un acto de complacer al otro.

**3.-** Caso contrario, el hijo o hija puede significar como “alguien que me quiera como a mí no me quisieron”, o “tener algo mío como nunca tuve” (Vega, 2014, págs. 252 - 253). Es decir, una manera de sustituir el cariño o amor que fue negado por la familia o su pareja.





En definitiva, el embarazo en la adolescencia será aceptado o rechazo de acuerdo a la transcendencia que tengan las relaciones familiares y culturales del grupo; esto se complementará con el trabajo conjunto de las unidades educativas, instituciones públicas y privadas a quienes les corresponde orientar hacia una sexualidad sana, estrechamente ligada a lo afectivo, lo emocional, y lo valórico (Toledo, Luengo, & Siraqyan, 2003, págs. 129 - 130). Con la finalidad garantizar y proteger los derechos de los adolescentes como del niño o niña; además de no romper los vínculos afectivos con su grupo consanguíneo o de afinidad, indispensables en este proceso.



## CAPÍTULO II

### COMUNICACIÓN ASERTIVA EN LA FAMILIA

#### 2.1. La familia.

La familia es la institución que tiene como rol fundamental la formación integral de las personas, brindándoles la educación, protección, seguridad y afecto necesario que ayudarán a definir la identidad personal y social (López A, Castillo N, & Jerves H, 2010, pág. 38).

Inclusive en la Declaración Universal de los Derechos Humanos según el artículo 16, numeral 2 “La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado” ( ONU, Asamblea General de las Naciones Unidas, 1948).

Además, el Pacto Internacional de Derechos Sociales y Económicos según el artículo 10 – Numeral 1 menciona que: Se debe conceder a la familia, que es elemento natural y fundamental de la sociedad, la más amplia protección y asistencia posibles, especialmente para su constitución y mientras sea responsable del cuidado y la educación de los hijos a su cargo. El matrimonio debe contraerse con el libre consentimiento de las futuras cónyuges (Enzlinn, P. & Jerves, M., 2011, pág. 31).

Dentro de esta perspectiva en Ecuador según el Código de la Niñez y Adolescencia en el **artículo 9.- Define la función básica de la familia** argumentando que “La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos” (2003, pág. 2).

De hecho, según Ángeles Gervilla “La red de parentesco familiar es en este final del milenio, la mejor red de protección social y fundamentalmente lo es por su capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el



afecto y expresión libre de sentimientos” (2008, pág. 13 y 14). Sin embargo si en esta existe inestabilidad afectiva y emocional no se puede alcanzar el bienestar integral de los integrantes del grupo familiar.

En consecuencia, la familia es el pilar fundamental de la sociedad y en esta se aprende cada una de las normas de comportamiento consideradas como buenas y malas e inadecuadas que variarán de acuerdo a la cultura y costumbres; recalcando que cada persona actúa de manera interdependiente dentro del grupo familiar; decir, que ante las dificultades y problemas que en esta se presenten, no se la puede analizar y diagnosticar de forma aislada.

## **2.2. La disfuncionalidad familiar ante el embarazo adolescente.**

La disfuncionalidad familiar se instaurará de forma paulatina o permanente de acuerdo a la capacidad de la familia para solucionar, afrontar y sobresalir de un problema.

Antes de continuar es importante diferenciar entre familia funcional y familia disfuncional (Solís, 2008, págs. 29 - 33)

- **Familia funcional.-** Es aquella que asume y afronta los problemas de manera eficaz y exitosa.
- **Familia disfuncional.-** Es aquella familia que tiene mayores dificultades para resolver los problemas que se le presentan; puesto que repiten patrones culturales de generaciones antepasadas.

Por lo tanto, la disfuncionalidad ante el embarazo adolescente afecta a aquellas familias que no puedan afrontar, ni tomar las decisiones correctas ante la situación y que por el contrario incrementan aquellos conflictos no resueltos por el grupo; puesto que es una situación genera miedo, confusiones, desconciertos y sentimientos de culpabilidad en la familia ya que se desvanecen todos aquellos constructos familiares y sociales forjados por generaciones, por lo que se generan contradicciones constantes entre las partes; un ejemplo de ellos es que los padres ven a la adolescente como única responsable del problema por no haber



respetado las reglas; por otro lado también le exigen que asuma la responsabilidad de madre, pero al mismo tiempo la ven como una persona incapaz de tomar sus propias decisiones; siendo los padres al final quienes toman las decisiones por ella en cuanto a la crianza y educación del niño o la niña; limitando el cumplimiento de su rol y dejando de lado las necesidades emocionales y afectivas de la misma (Solís, 2008, págs. 31 - 33).

Es importante indicar que existen dos tipos de crisis familiar que pueden afectar al funcionamiento normal de la misma que son: (Estremero Bianchi & García, 2016, pág. 19):

- **Crisis Inesperadas:** Son aquellos sucesos que ocurren inesperadamente como la muerte de un ser querido, desempleo, entre otros.
- **Crisis evolutivas:** Son aquellos cambios que se producen como parte del desarrollo normal de las etapas de la vida como la adolescencia, salida de los hijos/as del hogar, entre otros.

En consecuencia la familia disfuncional ante el embarazo en adolescentes desencadena:

- La falta de empatía, comprensión y sensibilidad al no querer reconocer el problema o posibles riesgos que conlleva el embarazo en la adolescencia para los hijos e hijas adolescentes.
- Los padres prefieren apartarse y desentenderse de la situación perdiéndose totalmente la comunicación y confianza entre padre e hijos/as.
- Se instauran concepciones o estrategias equivocadas a las demás generaciones para resolver los conflictos o problemas.

### 2.3. La comunicación y su clasificación.

#### La comunicación

La comunicación es “un proceso de interacción entre el emisor y el receptor” (Viscarret Garro, 2007, pág. 268), (...) “es esencial, natural e inherente al ser humano” (Toledo, Luengo, & Siragyan, 2003, pág. 194) es importante

indicar que en los procesos comunicativos van ligados al elemento de la retroalimentación pues ayuda a una mejor comprensión del mensaje; que permite controlar y corregir las acciones futuras y lograr el objetivo establecido (Viscarret Garro, 2007, pág. 269). Incluso Dolors Girbau Massana recalca que “cualquier definición de lenguaje debe incluir una función comunicativa, y es igualmente imposible definir la comunicación sin referirse a un componente lingüístico” (Massana Girbau, 2002, pág. 13).

Así mismo, Carlos Fernández Collado & Gordon L. Danknke, indica que en la familia se aprende un vocabulario rudimentario verbal y no verbal de comunicación durante los primeros año de vida; de esta manera la comunicación se convierte en factor determinante ya que es el primer espacio de aprendizaje que se modifica dependiendo de la educación que reciba en el transcurso de los años de su vida (1986, pág. 29).

### Gráfico 1



Fuente: Elementos de la Comunicación. Recuperado de: [www.salanhogar.net](http://www.salanhogar.net). Acceso: 25/Junio/2016.

Por lo tanto, la comunicación es el medio o mecanismo de interacción a través del cual las personas transmiten sus ideas, pensamientos u opiniones, este variará dependiendo del lugar, tiempo y espacio; además de la cultura, valores y costumbre que definen la identidad de la persona.

Por ello según Juan Jesús Viscarret (2007, pág. 267) e Isabel Plaza V. (2008, págs. 82 - 89), indican que la comunicación se clasifican en:

**Verbal:** Se refiere al lenguaje oral; utilizando con palabras exactas y precisas el mensaje que deseamos dar y en ella intervienen aspectos como la



retroalimentación, preguntas, refuerzo verbal, reprimenda verbal, que ayudarán a una mayor comprensión de lo que se desea comunicar.

**No verbal:** Los seres humanos constantemente utilizamos este tipo de comunicación ya que a través de la mirada, sonrisa, tristeza, gestos, postura corporal, entre otros aspectos físicos con lo cual intentamos transmitir el mensaje que deseamos que la otra persona comprenda.

**Pasiva:** La personas que utiliza la comunicación pasiva evita demostrar sentimientos o pensamientos ya que considera que sus opiniones e ideas no son válidas para los demás que provocan en la persona una sensación de frustración y auto-derrota, consideran que puesto que para ellos es claro el temor a ser rechazados e incomprensidos por las personas.

**Agresiva:** Este tipo de comunicación hace que la opinión de una persona sea la única válida, rechazando la de los demás y siempre va acompañada de insultos, palabras grotescas hasta golpes, etc.

**Pasiva – Agresiva:** La persona tiende a evitar el conflicto a través de la discreción o con excusas a fin de evitar situaciones incómodas; pero tampoco se muestra receptivo hacia a la otra parte, que en cierto punto pueden hacer que reaccione violentamente.

**Comunicación analógica:** La comunicación analógica se refiere a todo lo que no es verbal y se utiliza para representar directamente el significado de la comunicación, es decir, el cuerpo transmite a través de gestos, postura, tono de la voz, que pueden aparecer en cualquier contexto de la interacción en la que se encuentra la persona.

#### **Niveles de comunicación:**

- **Comunicación informativa:** En esta cada uno de los miembros indican las actividades y todos aquellos aspectos ocurridos en el transcurso del día, convirtiéndose en una comunicación rutinaria y convencional.



- **Comunicación racional:** Está no solamente se limita a informar sino a dar detalles minuciosos de las actividades o hechos ocurridos.
- **Comunicación emotiva y profunda:** Esta además de informar y dar detalles minuciosos, transmite sentimientos, emociones.

### **Componentes paralingüísticos**

Este son aspectos que acompañan al habla o situaciones conductuales en las que nos encontremos; que le dan un cierto significado al mensaje que se transmite, entre ellos tenemos:

#### **Volumen de la voz**

- Nivel bajo: este representa estado de tristeza o sumisión.
- Nivel alto: representa estado de seguridad, dominio o persuasión.
- Nivel muy alto: representa agresividad o furia.

**Claridad y fluidez:** Este hace referencia que mientras conocemos del tema que nos competa mayor claridad y fluido será el mensaje, que con el que desconocemos.

**La latencia de respuesta:** Este refiere al tiempo que una persona se tarda en responder o dar una respuesta al mensaje, por ejemplo en caso que se demore demasiado su respuesta demuestra la poca atención que prestó al mensaje o por el contrario, cuando es demasiada rápida demuestra nerviosismo.

En consecuencia, la comunicación y sus componentes están entrelazados, ya que a través de ellos las personas conocen el estado de ánimo de los hijos, padres, amigos, pareja, etc., que convive e interactúa a diario; mensajes que de no ir de acuerdo con los componentes lingüísticos y paralingüísticos (lo que se dice y lo que se demuestra en la parte gestual o comportamiento) afectan la dinámica social de la persona o el grupo (A. Ovejero Bernal & F.J. Rodríguez, 2011, págs. 59 – 65).

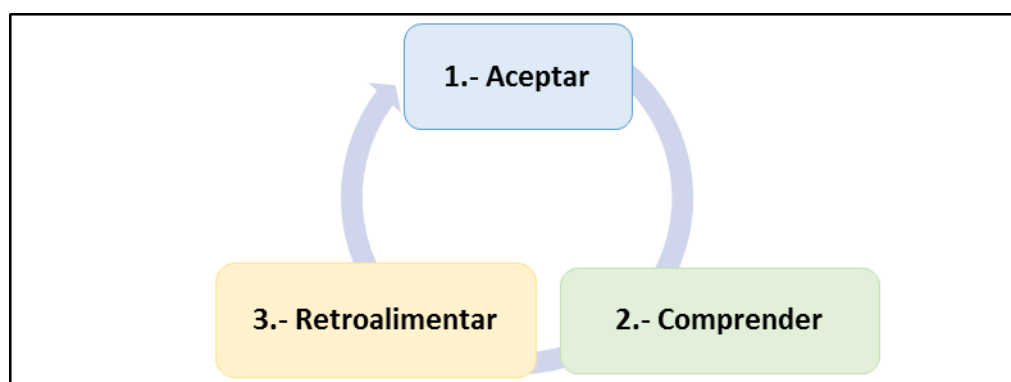
## 2.4. Comunicación asertiva.

La asertividad según A. Ovejero y F.J. Rodríguez indica que “es una habilidad social más, mientras que, para otros, es un estilo de comportamiento y de comunicación que se puede y se debe incluir como una habilidad más en el entrenamiento para la mejora de las relaciones interpersonales, pero que no constituyen en sí misma una habilidad social de comunicación” (A. Ovejero & F.J. Rodríguez, 2011, págs. 69 - 71).

### Principios claves de la asertividad

- La sensibilidad
- El respeto
- La valoración
- La prudencia

Por lo tanto, la comunicación asertiva es “la habilidad para expresar sentimientos, pensamientos, ideas, opiniones y creencias a otros, de manera efectiva y cómoda” (Toledo, Luengo, & Siraqyan, 2003, pág. 195). Este tipo de comunicación es el ideal al momento de enfrentar problemas; es decir el emisor debe ser lo bastante claro, eliminando prejuicios o juicios de valor, a fin de que el receptor comprenda el mensaje como se detalla en el siguiente gráfico 2:



**Fuente:** Entrevista aplicada a las profesionales de Trabajo Social del Área de Salud de Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho

De esta manera permitirá a los adolescentes tomar las mejores decisiones cuya finalidad lograr un proyecto de vida estable para su futuro así como la del niño o niña.





Sin embargo ser asertivo no solamente consiste en hablar bien frente a un grupo de personas y que estas logren comprender el mensaje; sino que el receptor debe tener en cuenta otros factores claves en este tipo de comunicación y según Sonia González “escuchar”, y no solamente “oír”; es fundamental en la comunicación asertiva pues es “El arte de escuchar permite que el individuo sea mucho más asertivo” para desempeñarse mejor en los roles de padre, madre, amigo o pareja (González, 2011, págs. 35 - 36).

Así mismo, Cristina Cáceres indica también que “la empatía”, es un factor determinante en la comunicación asertiva ya que implica receptividad, calidez y actitud de cooperación hacia la persona con la que se está estableciendo un contacto comunicacional y así poder emitir una opinión e idea correcta (Cáceres Hanzich, 2013, pág. 119). Caso contrario no puede haber comunicación familiar, entre pares, pareja o grupo de trabajo ya que el mensaje será entendido de formas diferentes por las personas.

Es por ello que según Virginia Toledo y colaboradores la comunicación asertiva debe ser:

1. Saber escuchar atentamente, con la finalidad de procesar la información recibida y emitir la respuesta correcta que espera la otra parte.
2. Saber en forma clara lo que se está sintiendo inclusive si este es negativo.
3. Expresar en forma clara, directa, honesta lo que se está sintiendo en el momento oportuno y sin menospreciar a los demás.
4. Explicar en forma clara sobre una conducta deseada, las consecuencias beneficiosas y negativas de ese cambio.

Por otro lado los autores Anastasio Ovejero Bernal y Francisco Javier Rodríguez indican que la asertividad es:

1. Debe buscarse propiciar el diálogo, el acuerdo, la negociación, la mediación; una actuación cooperativa en donde se desarrolle un interés común.



2. Diálogo para resolver diferencias y hablamos de dialogo, también, para llegar acuerdos, comentar dudas y preocupaciones.

En conclusión la comunicación asertiva consiste en saber decir sí o no en el momento adecuado y forma oportuna, sin dejarse llevar por los impulsos emocionales; además de dejar que todos los participantes se involucren en la conversación y posteriormente autorregular de manera inteligente las respuestas, para expresar lo que se piensa y lo que se siente con la finalidad de poder reconocer o identificar las necesidades de los adolescentes (González, 2011, págs. 36 - 41).

## **2.5 Factores de riesgo y protectores que inciden en la falta de comunicación asertiva entre padres e hijos adolescentes.**

### **2.5.1 Factores de riesgo**

Los factores de riesgo son aquellas acciones que afectan directa e indirectamente a la persona; desencadenando en algún hecho indeseable que enferman a una persona (Viscarret Garro, 2007, pág. 17 y 18).

De esta manera los autores Monserrath Jerves & Paul Enzlin y las profesionales de Trabajo Social entrevistadas indican que los factores de riesgo son:

- Familia disfuncional.
- Violencia intrafamiliar.
- Migración de los padres.
- Falta de confianza.
- Bajo nivel educativo.
- Factores socioculturales.
- Los adolescentes buscan información en otras personas (amigos – amigas)
- Bajo nivel de resiliencia (capacidad de sobreponerse a las situaciones difíciles de la vida).
- Los sistemas estrictos o rígidos instaurados en la familia.



- La despreocupación de los padres en cuanto a la educación de los hijos; dejando que otras familiares asuman esta responsabilidad.
- No prestar atención a aquellos cambios emocionales o conductuales de los adolescentes
- Complacer o dejar que los hijos e hijas hagan lo que deseen sin explicarle los límites, reglas y las consecuencias que conllevan esas acciones.
- Débil de proyecto de vida (No fomentar la toma de decisiones) e Inseguridad de los adolescentes (los/las adolescentes no tienen a dónde acudir).
- Medios de comunicación (redes sociales influyen o exceso de información).

### **2.5.2 Factores protectores**

Los factores protectores son aquellos elementos que ayudan a disminuir los efectos de los factores de riesgo y favorecen un desarrollo positivo en las personas (Viscarret Garro, 2007, pág. 19 y 20).

De acuerdo a la entrevista aplicada a las Trabajadoras Sociales y los autores Monserrath Jerves & Paul Enzlin los factores protectores son:

- Personales (autoestima, autonomía y proyección social)
- Familiares (cohesión, calidez y bajo nivel de discordia). Es decir, las buenas relaciones entre padres, hermanos u otros familiares ayudará a los/las adolescentes reduce los riesgos de recibir información desacertada sobre temas de sexualidad, métodos anticonceptivos, consumo de drogas entre otros; además que se tomara en cuenta cada uno de los puntos de vista de las partes.
- La comunicación positiva
- Afectividad, apoyo y confianza
- Los/Las adolescentes buscan en los padres el medio en el cual se dan la mejor solución a un problema o dificultad todo esto gracias a la



comunicación asertiva y abierta mejorando considerablemente vínculo afectivo estrecho.

- Sociales (estímulos adecuados y reconocimiento de los intentos de adaptación).
- Educativos (programas de educación sexual).

## **2.6 Los aspectos positivos de la comunicación asertiva frente al embarazo adolescente.**

La familia y la sociedad constituyen ámbitos de retroalimentación ya que son espacios de enseñanza y aprendizajes en los cuales recibirán y proporcionarán el amor y aceptación, el rechazo o violencias de que sean objeto (Cáceres Hanzich, 2013, págs. 119 - 120).

De acuerdo a la entrevista aplicada a las Trabajadoras Sociales del área de salud de la ciudad de Cuenca y concordancia con Cristina Cáceres Hanzich los aspectos positivos son:

- Genera respeto, confianza y consideración hacia la otra persona.
- La comunicación asertiva permitirá a los padres escuchar activa y respetuosamente a los hijos e hijas brindándoles un tiempo de calidad y que en gran medida mejorará el ambiente sociofamiliar de grupo.
- Los padres, adolescentes y el niño o la niña tendrán una mayor cohesión, sensibilidad y unidad para conocer e identificar las necesidades e inquietudes del grupo familiar.
- La familia afrontará y buscará la manera de sobreponerse a la situación del embarazo, además de generar un ambiente de confianza, armonía y solidaridad para los adolescentes que ayuden consolidación de las relaciones intrafamiliares necesarias para la ejecución del proyecto de vida del grupo y de los futuros padres.
- Por último permite la participación activa e igualitaria de las partes que permitan lograr acuerdos, tomar decisiones, ideas u opiniones claras y acertadas en beneficio de todos.



## 2.7 El papel de la familia frente al embarazo adolescente.

La familia es el lugar en cual una persona crece rodeado de afecto y seguridades para enfrentar las dificultades de la vida; por lo tanto debe comprender que el embarazo adolescente no es un fracaso definitivo para la vida de la adolescente; en la que pondrá a prueba su capacidad de resiliencia para asumir un nuevo estilo de vida familiar. Antes de continuar es importante mencionar que la familia atraviesa por tres etapas:

**Cuadro 1**

PRIMERA ETAPA	SEGUNDA ETAPA	TERCERA ETAPA
El papel de la familia es negativo ya que en esta aparecen los miedos, frustraciones y los cuestionamientos entre padres o hacia las unidades educativas, dejando solos a los adolescentes refiriéndonos tanto al aspecto económico, afectivo y de seguridad, pues se ven atemorizados por las reacciones o cuestionamientos de la sociedad.	La familia disminuye paulatinamente todas aquellas reacciones de rechazo y más bien deciden apoyar afectiva y económicamente; aunque continúan el asedio sobre el “descuido” e “irresponsabilidad” de los adolescentes.	La familia acepta y apoya totalmente a la adolescente y al niño o niña que está por nacer; sin embargo esto a largo plazo se convierte en un riesgo porque los padres se apoderan y distorsionan las responsabilidades que les corresponden a los padres adolescentes e incrementa aún más la dependencia

**Fuente:** La adolescente embarazada: actitud y conducta de la adolescente y del progenitor ante su rol de padres y cómo son percibidos por sus familias (Virginia E & Castellero G, 1992).

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

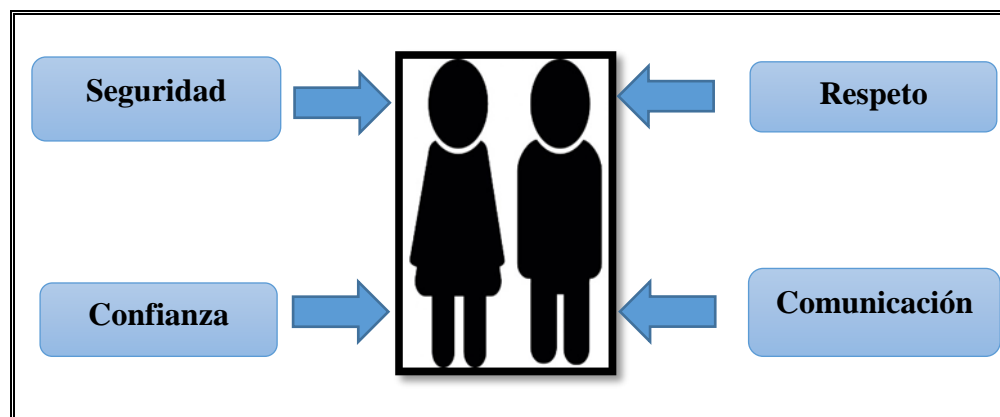
De esta manera, el papel de la familia frente al embarazo adolescente debe ser de:

- Orientador pues deben reorganizarse, definir límites, sus roles y funciones ante el nuevo integrante; recalando que los padres solamente serán una guía, más no asumirán las responsabilidades que les corresponden a los adolescentes.

- Apoyo emocional y afectivo hacia los adolescentes deben ir orientadas a las relaciones cálidas, armónicas, neutrales y equitativas, garantizando así su derecho al bienestar integral físico, psicológico y sexual.
- Apoyo para la culminación de sus estudios académicos a fin lograr que se proyecten retos y desafíos que ayuden a incrementar y fortalecer su autoestima y realización profesional.
- Respeto por las decisiones que se tomen en el grupo familiar; siempre y cuando no se afecte la integridad física, psicológica y sexual de la adolescente y del niño o la niña.

Para que exista una mayor afinidad entre padres y adolescente es necesario tener en cuenta los siguientes componentes:

**Gráfico 4**



Elaborado por: Andrea Morocho

La comunicación en la familia frente al embarazo adolescente debe ser:

- Asertiva porque genera mayor confianza entre los padres y adolescente al momento de emitir una opinión, consultar una inquietud o dificultad sobre el proceso del embarazo en donde las partes expondrán su punto de vista con el objetivo de tomar las mejores decisiones y soluciones.
- También debe ser afectiva y racional; es decir, que se debe establecer un ambiente neutral y de empatía; en la que los padres deben mantener una mente abierta; libre de prejuicios y estigmas para hablar sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión



sexual, embarazo adolescente, etc.; y en el caso de que no se pueda orientar o desconocen del tema la familia debe buscar asesoramiento a través de los servicios de salud, organizaciones o profesionales que oriente sobre dicha necesidad.

- El volumen de la voz no debe ser ni muy bajo porque representa inseguridad, ni muy alto por demuestra agresividad sino más bien uno NEUTRAL que transmita confianza y seguridad y en la que ambas partes tomen las mejores decisiones ante el embarazo. Además de que el mensaje transmitido debe tener un orden, objetivo y secuencia lógica.
- Escuchar con atención el mensaje y la opinión o comentario que se emita debe ser positivo y neutral; además de generar un clima de confianza y respeto entre las partes.

La repercusión de todos estos componentes ayudaran a las adolescentes a tener niveles más altos de autocontrol y autoestima; asumen con mayor seguridad y confianza las dificultades o nuevos retos.

En definitiva, cada uno de estos componentes busca mejorar las relaciones familiares deterioradas por el embarazo adolescente y que más bien sea la familia la que genere alternativas de solución ante el niño o niña que está por nacer. Además es importante fomentar e instaurar en ellos metas o propósitos de vida como la culminación exitosa de sus estudios, tener una posición económica estable, pero sobre todo tener estabilidad emocional (Unicef, Comité interinstitucional de República Dominicana, 2011, pág. 16 y 17) que ha futuro ayudará a los padres a mejorar las relaciones y comunicación con los demás hijos a fin de evitar que se repita sucesos parecidos (Castillero G, 1992, págs. 21 - 23).



## CAPÍTULO III

### RESULTADOS DE LAS ENTREVISTA A LOS TRABAJADORES SOCIALES Y LAS ADOLESCENTES

#### 3.1. Entrevista a las profesionales de Trabajo Social del área de salud de la ciudad de Cuenca.

Para la entrevista se tomó una muestra de 5 profesionales de Trabajo Social del área de salud de la ciudad de Cuenca de las instituciones siguientes Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, Clínica Humanitaria (Fundación Pablo Jaramillo C.), APROFE (Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana), Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, SENDAS “Caminando hacia la equidad social y de género” y que fue aplicada desde 27 de mayo hasta 10 de junio de 2016. La finalidad de la entrevista es conocer la perspectiva de los/las profesionales sobre el embarazo en adolescentes y cómo influye la dinámica social y familiar en esta problemática.

##### SENDAS

- **Nombre de la/el profesional:** Lcda. María Isabel Cordero
- **Cargo:** SUBDIRECTORA
- **Tiempo:** 17 años
- **Dirección:** Guayas 6- 130 y Azuay - **Teléfonos:** 2 882-456 / 816-059

##### CLINICA HUMANITARIA

- **Nombre de la/el profesional:** Lcda. Sandra Gómez Cuello
- **Cargo:** TRABAJADORA SOCIAL
- **Tiempo:** 20 años
- **Dirección:** Calle Carlos Arizaga Vega y Av. De las Américas - **Teléfonos:** 4093649

##### APROFE

- **Nombre de la/el profesional:** Trabajadora Social. Yolanda Palomeque
- **Cargo:** ORIENTADORA
- **Tiempo:** 25 años
- **Dirección:** Calle Juan José Flores 1-38 - **Teléfonos:** 2 823074 – 807274

##### HOSPITAL DE LA MUJER Y EL NIÑO (MUNICIPALIDAD DE CUENCA)

- **Nombre de la/el profesional:** Dra. Lida Sánchez
- **Cargo:** TRABAJADORA SOCIAL
- **Tiempo:** 12 años
- **Dirección:** Calle del Camal s/n

##### HOSPITAL REGIONAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO"

- **Nombre de la/el profesional:** Trabajadora Social. Martha Montoya R.
- **Cargo:** TRABAJADORA SOCIAL GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA
- **Tiempo:** 6 años
- **Dirección:** Av. 12 de abril y Arupos - **Teléfonos:** 4096000 ext.- 7617





## **Respuestas:**

### **¿Desde su perspectiva profesional como define el embarazo en la adolescencia?**

Las cuatro de las profesionales entrevistadas definen el embarazo en la adolescencia y solamente una indicó que no hay una definición específica para el embarazo en adolescentes.

#### **SENDAS / Lcda. María Isabel Cordero.**

- “El embarazo en la adolescencia es una condición, resultado de múltiples factores que van desde el deseo del embarazo y no solamente se debe a una falta de información, educación y no solo falta de acceso a métodos anticonceptivos, como mencionan los adultos. Sino que también tienen que ver porque no hay una construcción del proyecto de vida desde la infancia”.

#### **CLINICA HUMANITARIA / Trabajadora Social. Sandra Gómez Cuello.**

- “Problema social y de salud, con consecuencias definitivas para los y las adolescentes, sus familiares y la sociedad”.

#### **HOSPITAL REGIONAL "VICENTE CORRAL MOSCOSO" / TS. Martha Montoya R. - TRABAJADORA SOCIAL GINECO-OBSTETRICIA Y NEONATOLOGÍA.**

- “Se lo define como embarazo precoz, denominado como embarazo adolescente; lo cual trae consecuencias tanto a la madre como para el hijo, dadas consecuencias pueden ser como sociales, como de salud”.

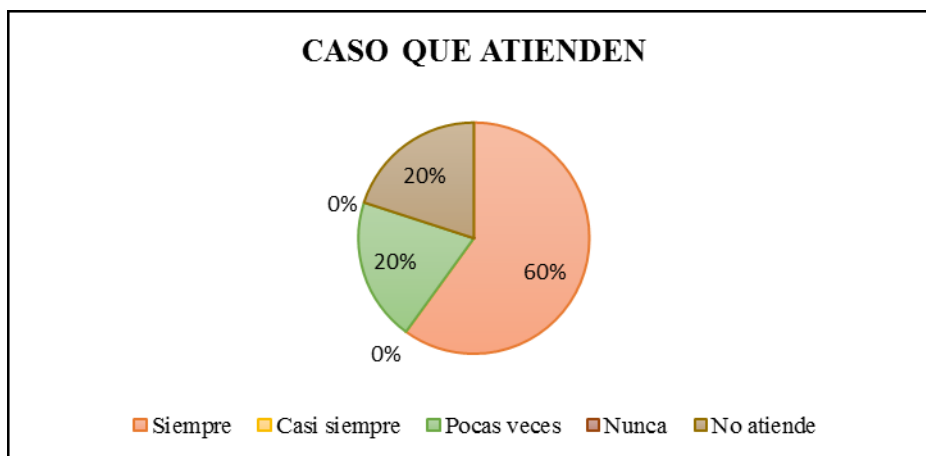
#### **APROFE / Trabajadora Social. Yolanda Palomeque – ORIENTADORA.**

- “El embarazo en la adolescencia es un embarazo de riesgo y pone en riesgo la salud de la adolescente y el niño; porque carece de autonomía, afectividad, falta de atención; una etapa de cambios, donde no tiene ningún tipo de responsabilidad ante una nueva vida. La mujer asume sola la responsabilidad”



## ¿Usted como Trabajador/ra Social con qué frecuencia atiende casos de adolescentes embarazadas o embarazados?

Gráfico No. 1

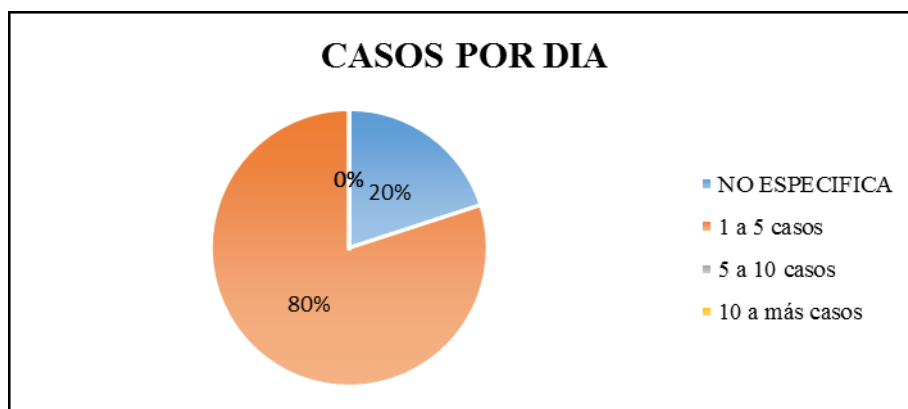


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

Gráfico No. 2



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

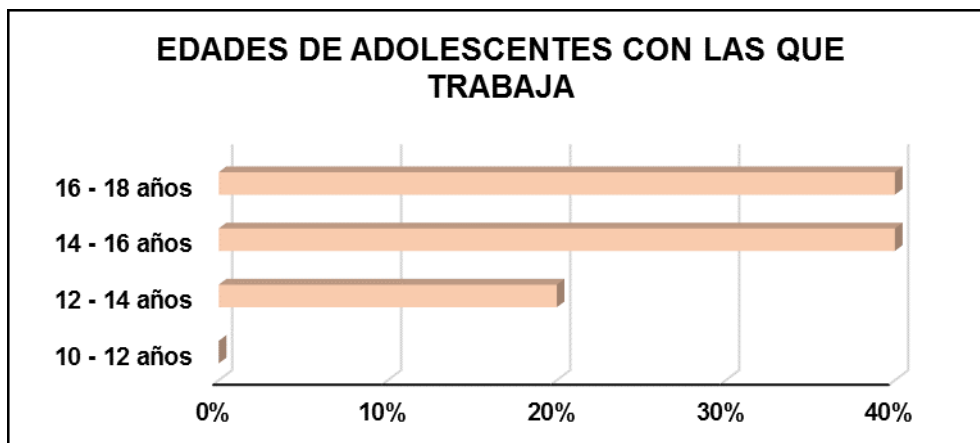
**Interpretación:** De las 5 profesionales entrevistadas 3 de ellas indican que atiende casos de adolescentes embarazadas SIEMPRE; 1 menciona que son POCA VECES y solamente una de ellas señala que no atiende haciendo referencia que son un organización de asesoría referente a la salud sexual y reproductiva.

Además, dentro de esta misma pregunta se añadió el número de casos que atiende al DIA, MES Y AÑO, de la cual 3 de ella indican que atiende de 1



a 5 casos al DÍA; una de ellas mencionó que al MES atiende 60 y al Año 500 casos y solamente una no especifica indicando que son una organización de asesoría en diversos temas referente a la salud sexual y reproductiva.

**¿Cuáles son los rangos de edades de adolescentes embarazadas con las que trabaja?**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

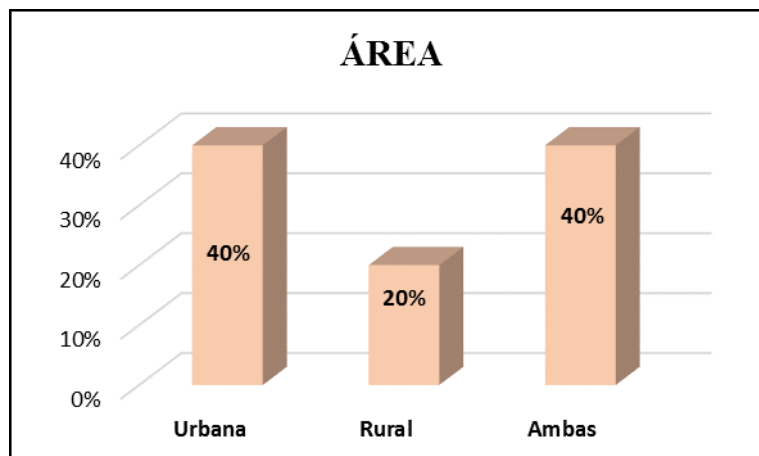
**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** Las profesionales indican que atiende adolescentes de edades comprendidas de entre 12 a 18 años de edad.

**¿Usted considera que estos embarazos se dan en el área rural o urbana?**

**Gráfico No. 3**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

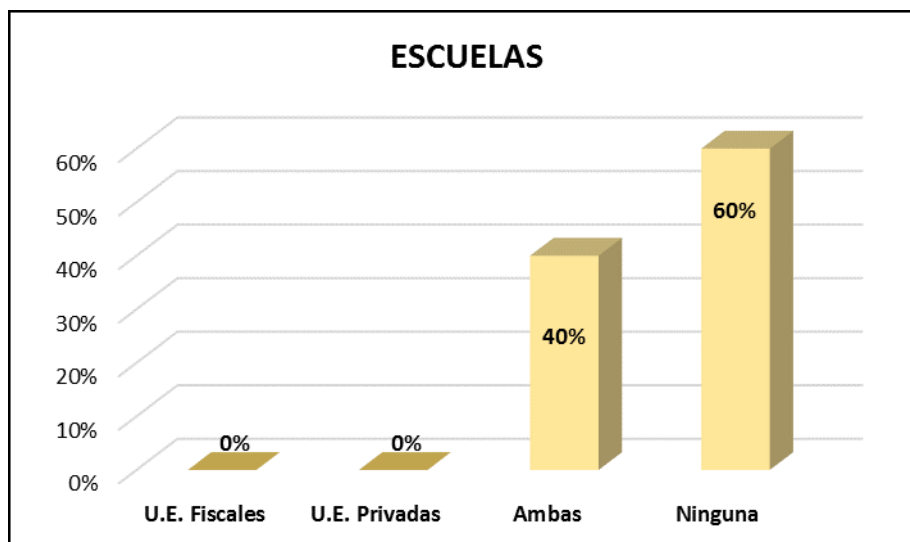


**Interpretación:** De las 5 profesionales entrevistadas 2 de ellas indican que los embarazos en adolescentes se producen más en el área urbana, 1 menciona que se produce más en el área rural y 2 señalan que la actualidad los embarazo en adolescentes se dan en las ambas áreas rural o urbana.

En la misma pregunta se les pide que especifiquen el ¿Por qué? se producen más los embarazos en la adolescencia en área urbana o rural 3 de las profesionales argumentan “Influyen diversos factores y por la falta de valores”; además de que “Se da en ambas pero hay más casos del área rural, porque en la mayoría los padres por su situación económica migran y dejan a sus hijos a cargo de familiares, abuelos, tíos, etc., y estos adolescentes por el falta de cariño; se entregan al primer hombre que le da cariño”.

**¿Los embarazos en adolescentes pueden darse en colegios fiscales o privados?**

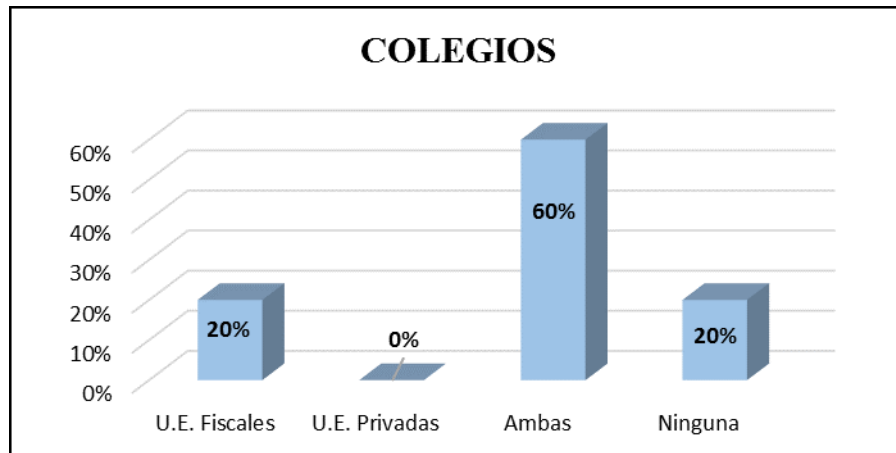
**Gráfico No. 4**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 5**

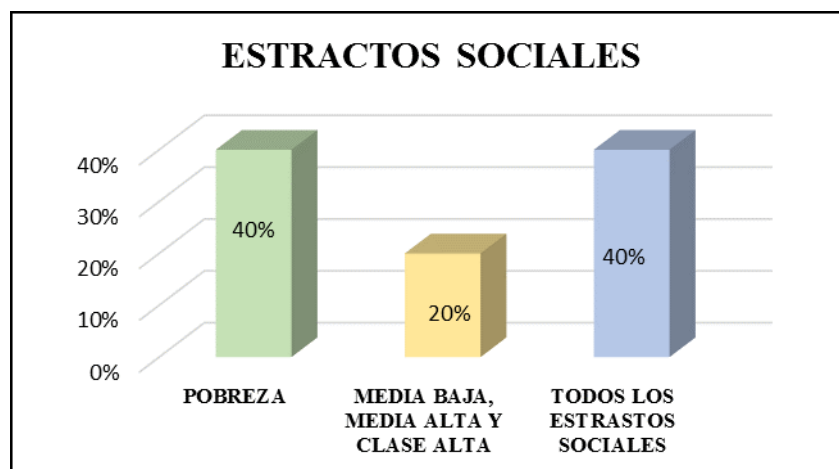
**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** 2 de las profesionales mencionan que en la actualidad el embarazo en adolescentes se produce en tanto en escuelas fiscales como privadas. Así mismo 3 de las profesionales indican que se producen en colegios fiscales y privados y una 1 indicó que se producen en las unidades educativas fiscales. En esta misma pregunta se les pide que expliquen el ¿Por qué?, por lo cual una de las profesionales respondió “que no hay reglas claras, ni normas tanto en las unidades educativas públicas como privadas”.

**¿Usted como Trabajador/ra Social considera que estos embarazos están ubicados en el Quintil 1, 2, 3, 4, 5?**

**Gráfico No. 6**

**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

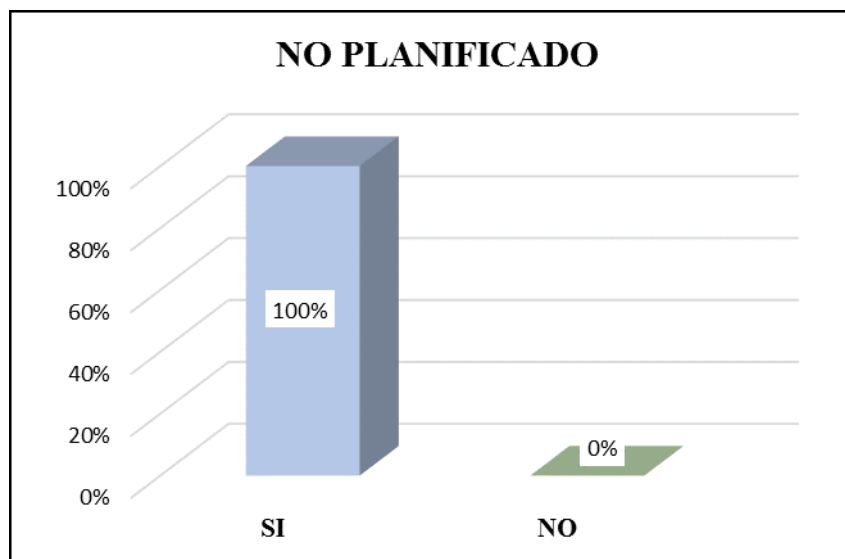
**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.



**Interpretación:** 2 de las profesionales indicaron que los embarazos en la adolescencia se producen en el Quintil 1 (pobreza), 2 indicaron que se dan en todos los estratos sociales y una indico que se da en el Quintil 3, 4, 5.7.

**Considera usted que el embarazo en la adolescencia es:**

**Gráfico No. 7**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

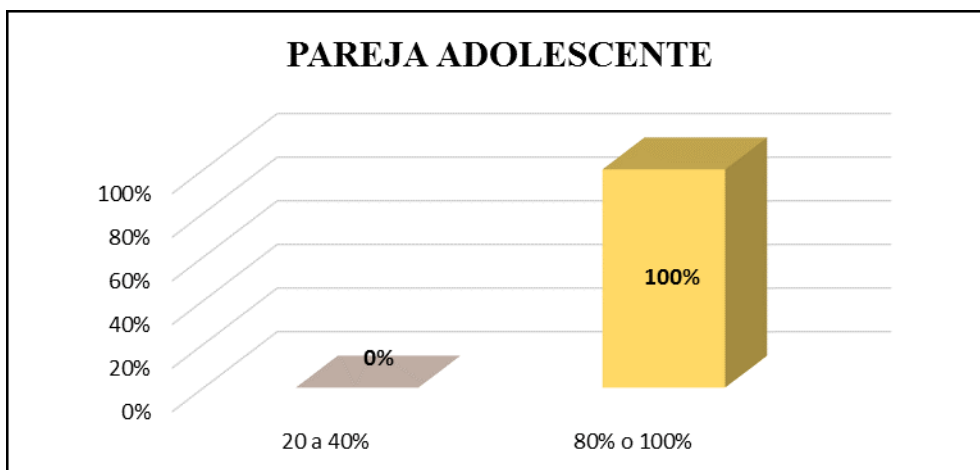
**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** Las 5 profesionales entrevistadas indican que el embarazo en la adolescencia es no planificado, ante las opciones (PLANIFICADO, PROBLEMA DE INFORMACIÓN U OTROS) y en la última opción OTROS las profesionales expresan que este fenómeno social se debe también a: la información equivocada, embarazo no deseado, exceso de libertad de los padres, problemas sociales o familiares, exceso de información. Falta de respeto a los padres o valores, consumo de alcohol o drogas.

**¿Considera usted que el embarazo en la adolescencia la pareja es adolescente o adulta?**

**Gráfico No. 8**

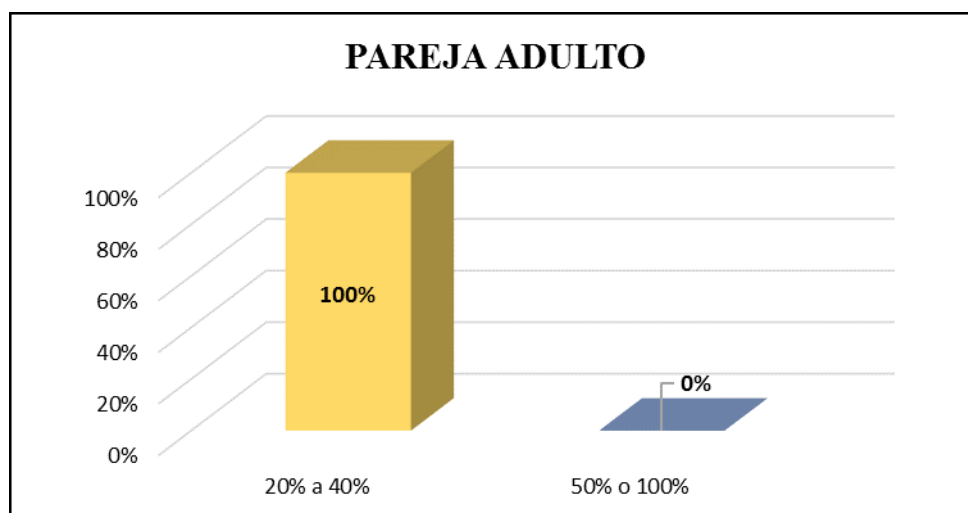


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 9**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** Las profesionales informan que la pareja de la adolescente es un 80% a 100% ADOLESCENTES y que entre un 20% a 40% es ADULTO. En esta misma pregunta se agregó un ítem que indicaba: ¿Cómo es el apoyo de la pareja hacia la adolescente?, en la cual las profesionales respondieron:



**SENDAS:** “La pareja no apoya, las mujeres nunca vienen con sus parejas, solamente ellas afrontan solas la situación ante un embarazo, los adolescente acuden para pedir información o la pastilla del día después, dudas sobre enfermedades de transmisión sexual, los hombres muy poca capacidad para asumir la responsabilidad la paternidad, las adolescente no tienen proyectado un proyecto de vida”.

**Clínica Humanitaria:** “Relativo, generalmente son personas que aún no tienen independencia económica”.

**Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso":** “Obviamente cuando hay el embarazo adolescente siempre están los padres de la madre o representante, pero cuando es adulto la pareja con el luego repite el maltrato”.

**Hospital Municipal de la Mujer y el Niño:** “De los 10.000 casos que he atendido en mis años de trabajo, unos 5 hombres han acompañado. No hay apoyo y algunas ocasiones el matrimonio es obligado”.

**APROFE:** “El apoyo de la pareja es nulo, es otro adolescente ya que no asume la responsabilidad y son más bien los progenitores los que asumen. El varón retoma su vida normalmente”.

### **¿Cuáles son los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia?**

**SENDAS /** Lcda. María Isabel Cordero – Suddirectora.

- No tener un proyecto de vida.
- Pobreza.
- Falta o abandono educativo.
- Cultural (Que obliga a las mujeres a ser madres, es más si eres madre te salvaste)
- Violencia Intrafamiliar (el 70% de las mujeres se casan o embarazan por salir del círculo).

**Clínica Humanitaria / TS.** Sandra Gómez Cuello - Trabajadora Social.

- Deserción escolar.





- Problemas familiares, económicos.
- Problemas de salud.

**Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" / TS. Martha Montoya R. -**  
Trabajadora Social Gineco-obstetricia y Neonatología.

- Migración de los padres.
- Falta de conocimiento para evitar el mismo.
- Quedan al cuidado de abuelos.
- No reciben información adecuada de parte y parte.

**Hospital Municipal de la mujer y el niño / TS. Lida Sánchez -** Trabajadora Social.

- Exceso de información.
- Región – Costumbres.
- Falta de valores.
- Sociedad (daña a los hijos).
- Influencia de los amigos.

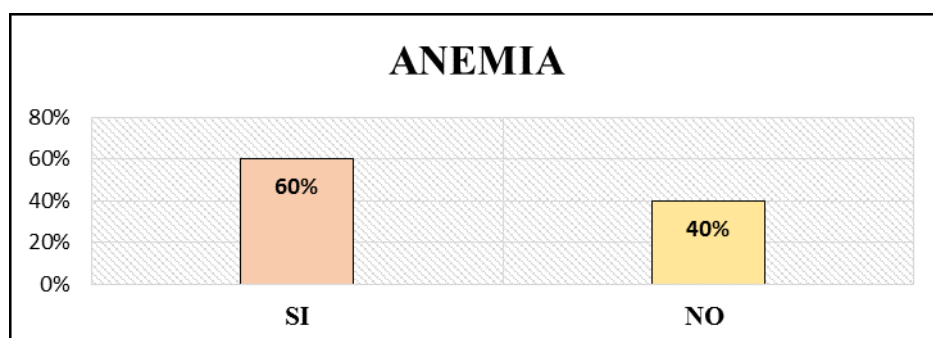
**APROFE / TS. Yolanda Palomeque -** Orientadora – (25 años experiencia)

- Falta de comunicación.
- Falta de afectividad entre padres e hijos/as.

**¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia?**

**Salud**

**Gráfico No. 10**



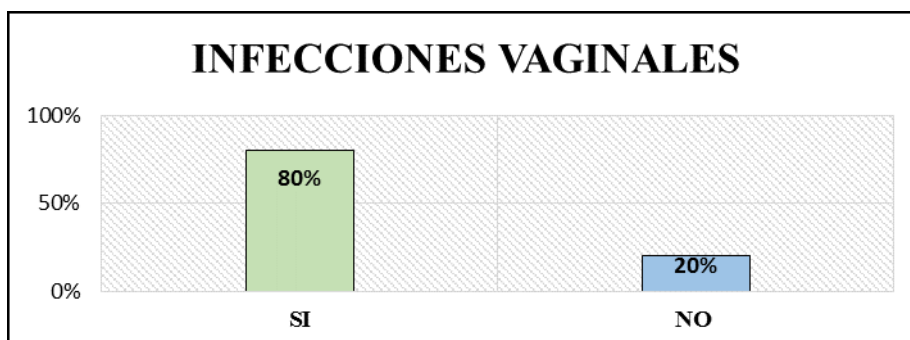
**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.



**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 11**

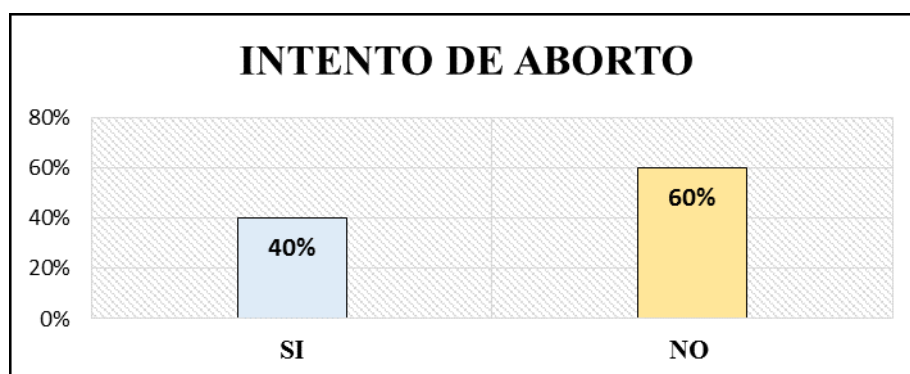


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 12**

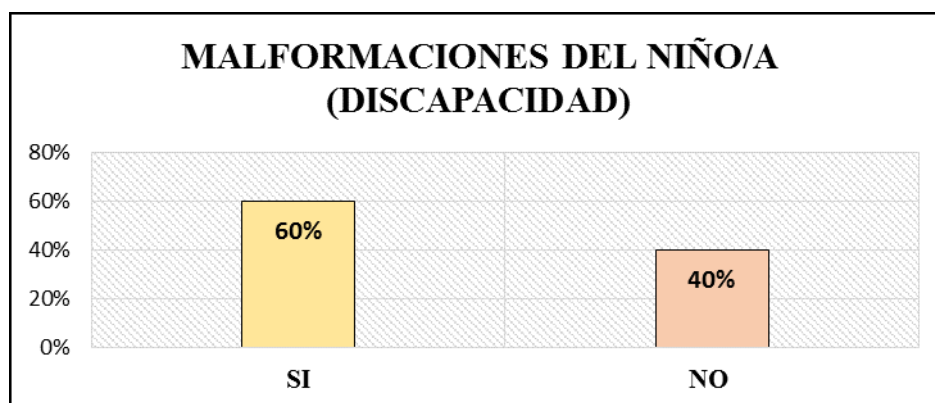


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 13**



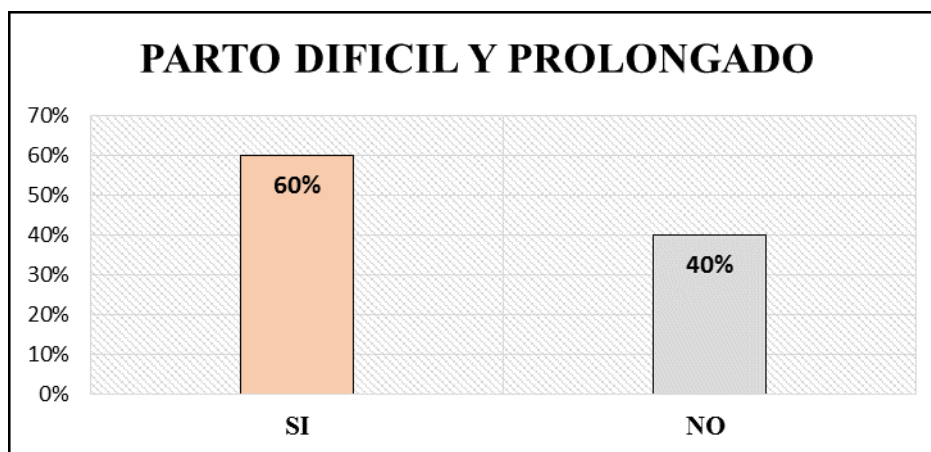
**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.



**Gráfico No. 14**

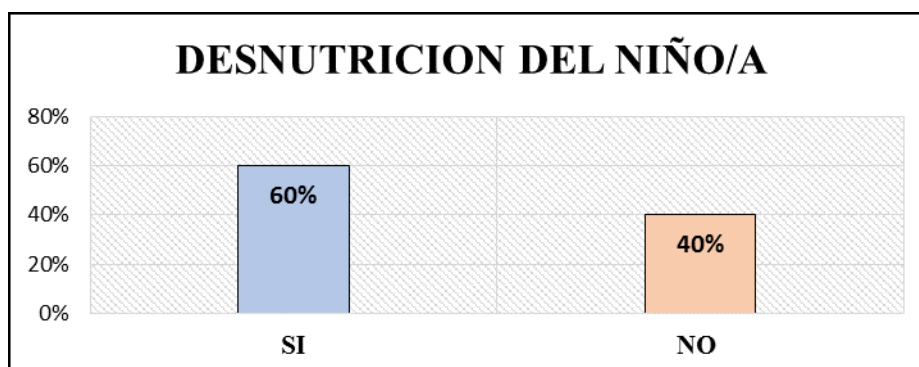


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud – Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Grafico No. 15**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

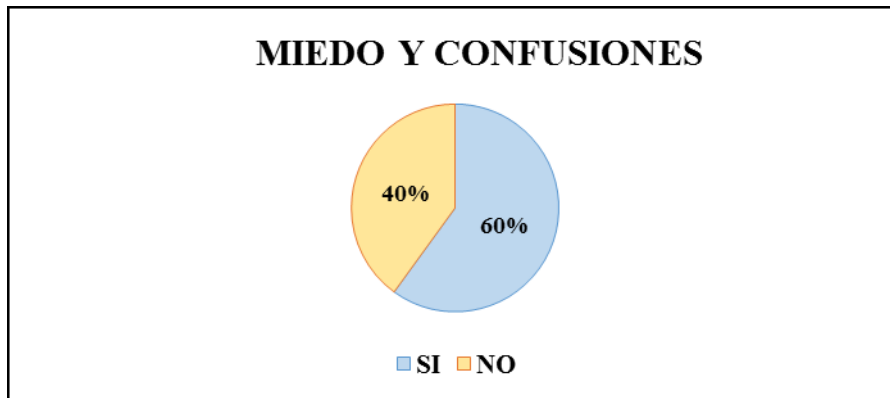
**Interpretación:** De las 5 profesionales entrevistadas solamente una indico que las consecuencias en la salud de la adolescente son por: complicaciones a la hora del alumbramiento, Insuficiencia del aumento de peso y 4 mencionaron a la: anemia, infecciones vaginales, intento de aborto, malformaciones en el niño/o (discapacidad), parto difícil y prolongado, desnutrición del niño/a.

Por otra parte en la opción OTROS De las 5 profesionales entrevistadas, 2 señalaron que las consecuencias son también por: enfermedades de

transmisión sexual además porque el cuerpo no está preparado que con el tiempo puede afectar la salud.

## PSICOLÓGICA

**Gráfico No. 16**

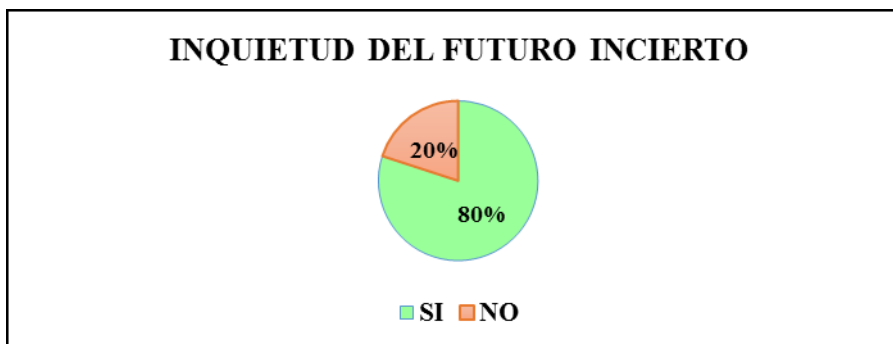


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 17**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

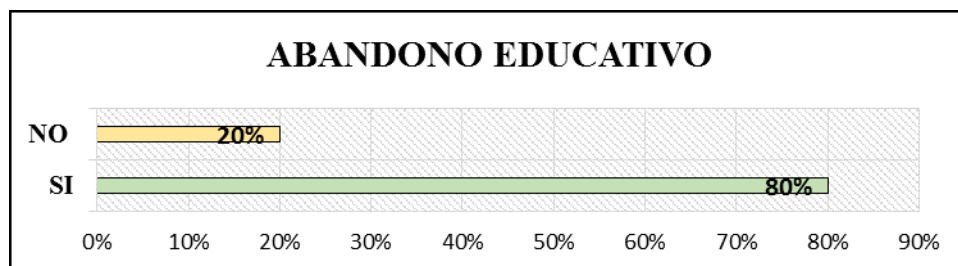
**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** Solamente 3 profesionales entrevistadas expresaron que durante el embarazo existen miedos y confusiones. Por otro lado solo 4 indicaron que el embarazo produce inquietud del futuro incierto. En la opción OTROS De las 5 profesionales, 3 mencionaron que las consecuencias en parte psicológica de la/el adolescentes son: afecta su parte emocional ya que muchas dejan sus estudios, la negación por la situación que están pasando, aunque recalca que la mayor carga emocional se produce en la primera etapa del embarazo y por el contrario una profesional expresó que las/los adolescentes ven al embarazo como algo normal.



## SOCIAL

Gráfico No. 18

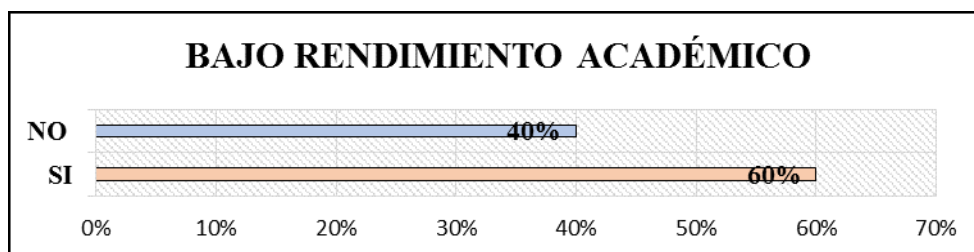


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

Gráfico No. 19

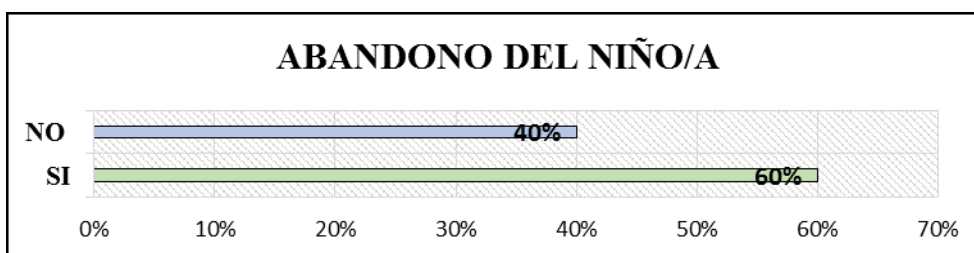


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

Gráfico No. 20

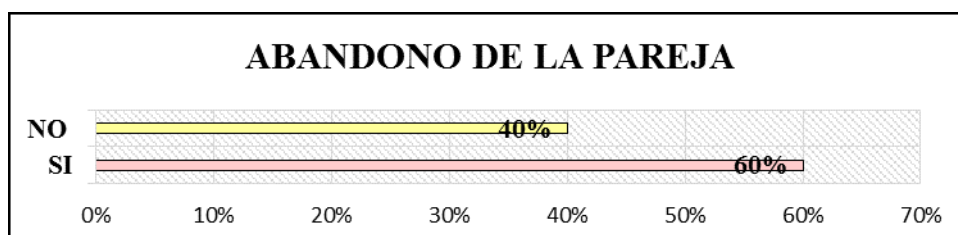


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

Gráfico No. 21



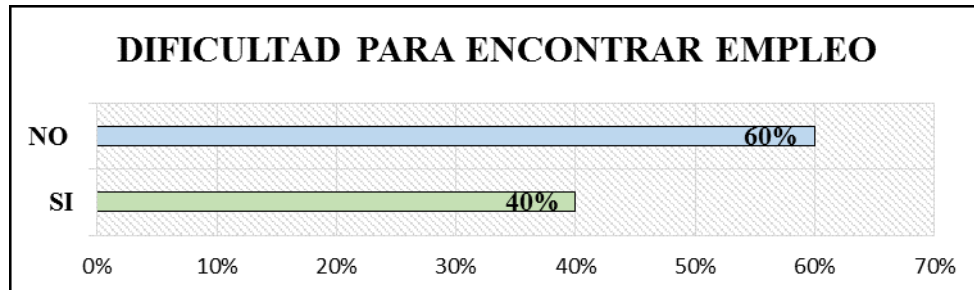
**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.



**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 22**

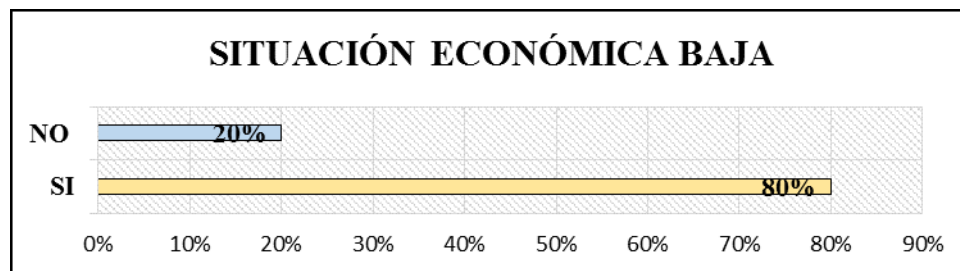


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 23**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

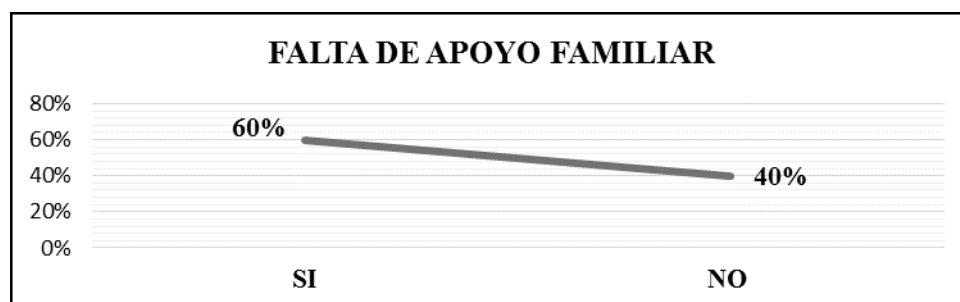
**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** Las profesionales señalan que cada uno de estos aspectos como abandono educativo, bajo rendimiento escolar, abandono de la pareja o el niño, dificultad para encontrar empleo y la situación económica baja afecta mayoritariamente a las mujeres ya que asumen solas la responsabilidad.

## FAMILIAR

**Gráfico No. 24**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.



**Gráfico No. 25**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 26**

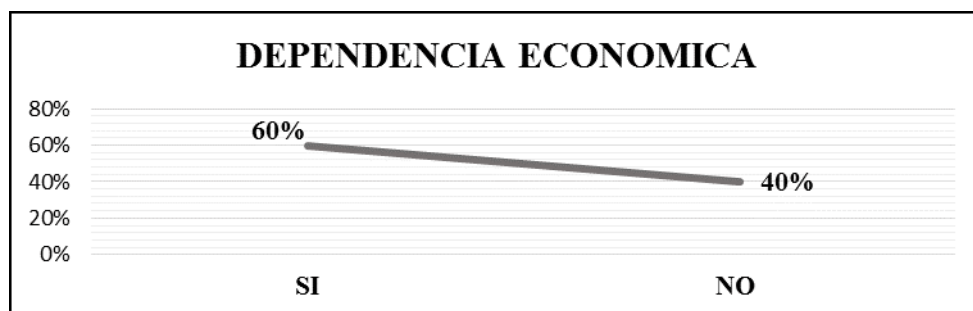


**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Gráfico No. 27**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

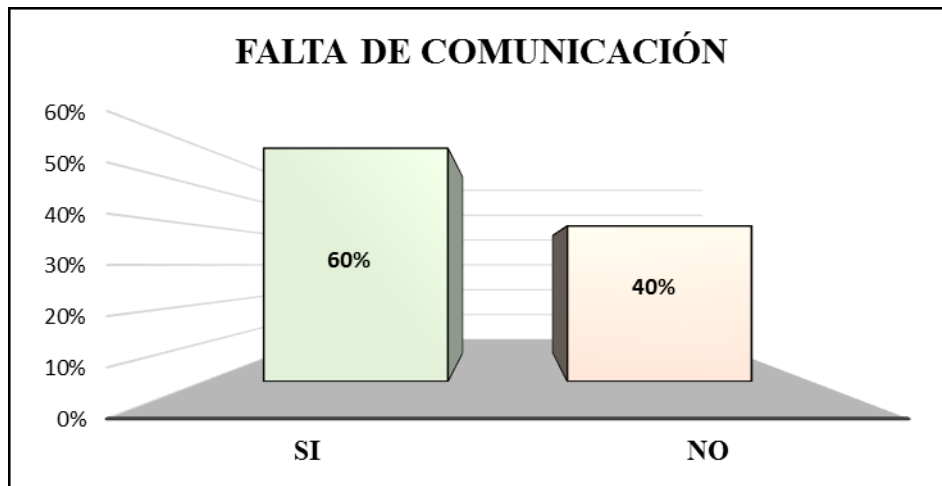
**Interpretación:** 3 de las profesionales entrevistadas recalcan 4 de las consecuencias dadas en la entrevistas. Las profesionales indican que la familia es el apoyo incondicional al momento de afrontar el embarazo refiriéndonos a la parte emocional y afectiva de los/las adolescentes, pero también puede



conllevar a que la familia quite responsabilidades ya que asumen la crianza y educación del niño económica, escolar y afectiva.

**¿Cree usted que el embarazo en la adolescencia se debe a la falta comunicación en la familia?**

**Gráfico No. 28**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** De las 5 profesionales entrevistadas, 2 expresan que la falta de comunicación entre padres e hijos/as influye en el embarazo en adolescentes, 2 indicaron que NO y solamente 1 no respondió.

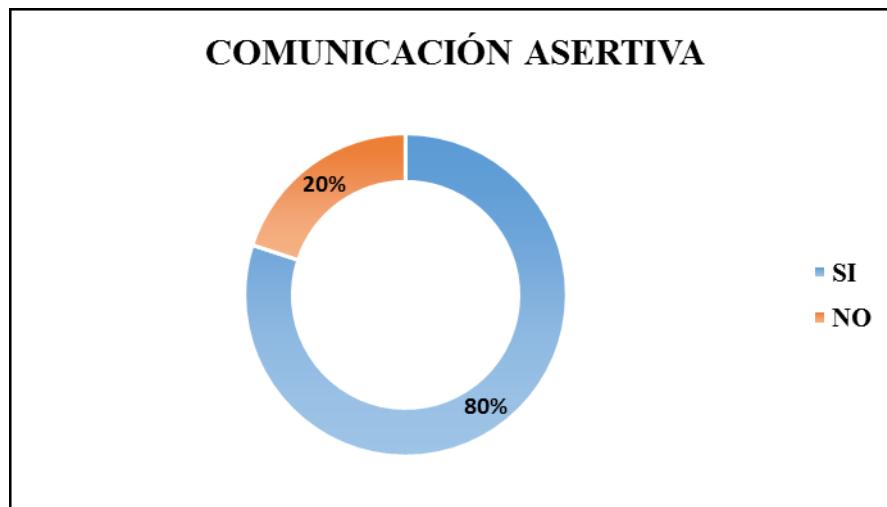
**¿Por qué?:** La profesional de SENDAS, CLÍNICA HUMANITARIA y APROFE argumentan que la falta de comunicación SI influye en el embarazo en la adolescencia porque el silencio también es una forma de violencia; además que tanto padres como adolescentes no comparten un consenso en los temas que les interesa, causa intriga o simplemente curiosidad.

Por otro lado las profesionales del Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" y Hospital Municipal de la Mujer y el Niño que NO influye tanto la falta de comunicación en el embarazo en adolescentes porque ahora la juventud sabe todo lo relacionado al internet y viven el momento sin medir las consecuencias; es decir, tienen un exceso de información.



Desde su perspectiva profesional considera que la comunicación asertiva es la adecuada para que la familia apoye en el proceso del embarazo a los/las adolescentes.

**Gráfico No. 29**



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

**Interpretación:** De las 5 profesionales entrevistadas 4 indican que la comunicación asertiva es la indicada a la hora de afrontar el embarazo de las/los adolescente.

**¿Por qué?** Las profesionales de Sendas, Clínica Humanitaria, Hospital Regional "Vicente corral Moscoso" explican que la comunicación asertiva es la más adecuada e idónea para afrontar el embarazo de un hijo o hija adolescente puesto que es la más adecuada y correcta, retroalimenta y ayuda dar respuestas para tomar las mejores decisiones; además de tener un punto de vista más claro siempre respetando a la otra persona y que por lo tanto ayudaría a enfrentar de mejor manera el embarazo de la adolescente.



### ¿Para usted cuales son aspectos positivos y negativos de la comunicación asertiva frente al embarazo en la adolescencia?

<b>SENDAS /</b> Lcda. María Isabel Cordero – Sub-directora.	
<b>POSITIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogos</li><li>• Interacción</li><li>• Participación</li></ul>	<b>NEGATIVOS</b> -----
<b>Clínica Humanitaria / TS. Sandra Gómez Cuello - Trabajadora Social.</b>	
<b>POSITIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se tiene información clara.</li><li>• Se tiene opiniones.</li></ul>	<b>NEGATIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Que aun así no se acaten las normas.</li></ul>
<b>Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" / TS. Martha Montoya R. - Trabajadora Social Gineco-obstetricia y Neonatología.</b>	
<b>POSITIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se trata de potenciar una empatía entre el emisor y receptor en el momento del diálogo y esto debe ponerse en práctica con nuestros hijos si no damos esa confianza no dará resultados más duros, debe escuchar para que exista entendimiento entre las partes.</li></ul>	<b>NEGATIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Es decir dejamos de lado la empatía y damos a una familia para que demuestre esa confianza con los hijo/a para que haya un entendimiento casa adentro y no busquen afuera para ellos al momento de escapar de casa, hogares o colegios.</li></ul>
<b>Hospital Municipal de la Mujer y el Niño / TS. Lida Sánchez - Trabajadora Social.</b>	
<b>POSITIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• En 50% es factible, mayor confianza y apego.</li></ul>	<b>NEGATIVOS</b> -----
<b>APROFE / TS. Yolanda Palomeque – ORIENTADORA.</b>	
<b>POSITIVOS</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Permite comunicarse de manera respetuosa, afectiva, tomar todos los puntos de vista para tomar las mejores decisiones.</li></ul>	<b>NEGATIVOS</b> -----

**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud (2016).

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

### ¿Cuál es la perspectiva cultural del embarazo en la adolescencia en la ciudad Cuenca?

**SENDAS:** “El embarazo en la adolescencia es mal visto, ya que se está transgrediendo en la norma, valores, por lo cual la o el adolescente es discriminado, rechazado, o en el caso de los hombres no asumen la responsabilidad”.



**Clínica Humanitaria:** “El embarazo en la adolescencia aún provoca reacciones de rechazo, crítica y estigmas”.

**Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso":** “Es una realidad urgente y compleja el embarazo en adolescentes; urgente porque es una preocupación creciente cada vez hay más embarazos, en colegios, mientras que a nuestra juventud hay que educarle su personalidad; no solo por el embarazo, sino también para evitar riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual”.

**Hospital Municipal de la Mujer y el Niño:** “El embarazo en la adolescencia en la actualidad es visto como algo normal dentro de nuestra sociedad”.

**APROFE:** “El embarazo en la actualidad en el caso de los colegios ya no hay prohibición de que la adolescente no estudie, aunque dentro de la familia aún existen estigmas "es una loca de la familia”.

**¿Cómo Trabajador/ra Social que protocolo o ruta ha seguido para el acompañamiento de estos casos? Y ¿Cuál es el modelo de intervención que aplica?**

<b>SENDAS / Lcda. María Isabel Cordero – Sub-directora.</b>		
<b>Protocolo general:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Atención al usuario/a</li><li>• Fase de escucha activa</li><li>• Preguntas de los usuarios/as</li><li>• Proceso de cierre</li><li>• Confidencialidad</li></ul>		
<b>Adolescentes</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• El protocolo general se utiliza para todos los usuarios/as que llegan a la institución.</li></ul>	<b>Familia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• El protocolo general se utiliza para todos los usuarios/as que llegan a la institución.</li></ul>	<b>Unidad educativa</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Charlas educativas sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión social.</li></ul>
<b>Clínica Humanitaria / TS. Sandra Gómez Cuello - Trabajadora Social (20 años experiencia)</b>		
<b>Modelo de intervención:</b> Intervención en crisis y Seguimiento de caso.		
<b>Protocolo general:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Apertura de la ficha socioeconómica.</li><li>• Escuchar a la y el adolescente y los familiares.</li><li>• Buscar causas, información.</li><li>• Visita domiciliaria.</li><li>• Seguimiento.</li></ul>		



Adolescente	Familia	Unidad educativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Apertura de la ficha,</li> <li>Escuchar.</li> <li>Información.</li> <li>Motivación.</li> <li>Seguimiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Escuchar a los familiares, orientación, motivación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visita al establecimiento, entrevista con el círculo de amigos, busco apoyo para la adolescente.</li> </ul>
<b>Hospital Regional "Vicente Corral Moscoso" / TS. Martha Montoya R. - Trabajadora Social</b> Gineco-obstetricia Y Neonatología.		
<b>Modelo de intervención:</b> Es integral e interdisciplinario ya que como parte del equipo de salud es el vínculo entre médico – paciente – familias.		
<b>Protocolo general:</b> Se conoce el caso ya sea por referencia del médico o se detecta en la primera visita o entrevista, se cita a la familia o representante y si existe la pareja para apoyar y dar alternativas de solución al problema, se coordina con psicología para educación sexual a la pareja, apoyo emocional y médico para que haga reinserción familiar y evitar otro embarazo.		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Los casos son remitidos desde los centros de salud, las adolescentes ingresan por emergencia.</li> <li>Se realiza la pre-consulta, en las que se conoce causas, motivos y consecuencias de la situación; por lo general son hijas de padres migrantes o por problemas de consumo de drogas.</li> <li>Se les ingresa en la RED PÚBLICA INTEGRAL DE SALUD</li> <li>Damos terapia ambulatoria como charlas sobre el proceso del embarazo, enfermedades, métodos anticonceptivos, etc.</li> <li>En los casos más graves se remite a psicología.</li> </ul>		
Adolescente	Familia	Unidad educativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se le motiva.</li> <li>Orienta y recibe educación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hablar para el apoyo en la educación y otros aspectos sensibles con el adolescente necesario para la reinserción familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se coordina con las unidades educativas.</li> </ul>
<b>Hospital Municipal de la Mujer y el Niño / TS. Lida Sánchez - Trabajadora Social.</b>		
<b>Protocolo general:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista inicial.</li> <li>Engancha al paciente (confianza).</li> <li>Apertura de la ficha socioeconómica.</li> <li>Activación de redes institucionales.</li> <li>Los seguimientos e intervenciones los remite al área de psicología.</li> </ul>		
Adolescente	Familia	Unidad educativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Remite al área de psicología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Remite al área de psicología.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No trabajan con la población educativa.</li> </ul>
<b>APROFE / TS. Yolanda Palomeque – Orientadora.</b>		
<b>Modelo de intervención:</b> Modelo centrado en la tarea		
<b>Protocolo general:</b> Primer acercamiento (entrevista inicial), Orientación a la familia, pareja y adolescente, transfiere al médico.		
Adolescente	Familia	Unidad educativa
<ul style="list-style-type: none"> <li>Acercamiento inicial.</li> <li>Orientación en riesgos de salud que puede presentarse o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrevista inicial y orientación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asesorías, charlas y foros educativos, campañas de prevención (sida, enfermedades de</li> </ul>



psicológicos. • Explicar el proceso del embarazo.		transmisión sexual).
--	--	----------------------

**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud (2016).

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

### 3.2. Historias de vida de las madres adolescentes.

Los testimonios de las/los adolescentes permitirá conocer su perspectiva del embarazo, a través de este podrán expresar como era antes su vida y el ahora con la llegada de un hijo a temprana edad.

#### Testimonios:

**Paola Alexandra Cabrera (17 años)**

**6to. Curso**

**Soltera**

**Como ha sido tu vida antes del embarazo:** “Normal realizaba actividades físicas como saltar jugar futbol, dormir boca abajo, etc. Comía de todo, amarcaba a mis primas pequeñas, alzaba cualquier cosa pesada, no tenía nauseas, no me daba mucho frío; dormía normal, me ponía ropa bien apegada, comía cítricos, salía a bailes”.

#### En cuanto a las relaciones afectivas con sus:

- **Padres:** “Son muy buenas, siempre afectivas”.
- **Hermanos:** “Buenas”
- **Familia:** “Aún no saben que estoy embarazada”
- **Pareja:** “Me llevó muy bien con él”.
- **Amigos/as:** “Seguimos siendo amigas”.

**17 años actualmente**

**6to. Curso**

**Como ha sido tu vida después del embarazo:** “Aun no doy a luz”.

**En cuanto a las relaciones afectivas:** “Aun no doy a luz”.



**¿Cuáles son los retos de su vida?:** “Salir adelante, luchar por el futuro de mi hijo, graduarme, tener mi título, un buen estatus social”.

**Jessica Alexandra Morocho Saquipay (16 años)**  
**1ro de bachillerato**  
**Soltera**

**Como ha sido tu vida antes del embarazo:** “Mi vida era un poco dura porque me gustaba hacer lo que yo quería, sin darme cuenta que todo lo malo se paga cada día; cambiaba más con mi mami, por estar en mis cosas no escuche los consejos de ellas sin darme cuenta que ella me aconsejaba por el bien mío”.

“Me encantaba salir a bailar, de paseo con mis amigos pero siempre tenía un actitud mala conmigo misma, sin saber que el daño me hacía a mi misma que a mi familia también no llegaba a casa, mentía pe ir con el papá de mi hija”.

**En cuanto a las relaciones afectivas con sus:**

- **Padres:** “Buena pero le sacaba de las casillas a mi mami, salía sin permiso de ella, era demasiado grosera con mi mamá le hacía llorar pero al final ella sabe que yo la amo con todo mi corazón”.
- **Hermanos:** “Buena aunque siempre peleábamos mucho pero siempre apoyándonos en todo por más que se mala mi conducta”.
- **Familia:** “Excelente, también me aconsejaban pero no hacía mucho caso a lo que me decían”.
- **Pareja:** “Muy comprensiva nos gustaba apoyarnos en todo”.
- **Amigos/as:** “Excelente todas buenas conmigo tomaban en cuenta mis consejos como yo los de ellos siempre nos uníamos para hacer cualquier cosa”.

**17 años actualmente**  
**5to. Año de Bachillerato**



**Como ha sido tu vida después del embarazo:** “Me encanta pasar con mi mami y mi hija, sin dejarlos a un lado a mis hermanos cada día tengo ganas de salir adelante sin tomar en cuenta los comentarios de la gente que solo busca querer hacer el mal sin darse cuenta que algún día le puede pasar lo mismo, trato de estar bien conmigo misma porque mi hija es la razón de mi vida la personita que cada día, cada momento, cada segundo, mi alegría ya sea con sus travesuras, yo siempre le tendré en lo más profundo de mi corazón”.

**En cuanto a las relaciones afectivas con sus:**

- **Padres:** “Excelente, mi mami me acompañaba a cada control estaba pendiente de cada cosa, en mi alimentación estuvo y está conmigo apoyándome en mis estudios cada momento es maravilloso con ella porque aunque peleemos siempre va ser ella mi vida”.
- **Hermanos:** “Excelente algo brusco yo siempre con mi mal carácter pero ellos siempre están pendientes de lo que le pasa a mi bebe la quieren, la cuidan, como una hermana más al igual estoy muy agradecida con ellos yo sé que lo que ellos hacen va hacer recompensado”.
- **Familia:** “Excelente siempre aconsejándome para que siga en mis estudios y poder darle un mejor futuro a mi hija cada cosa que hago, cada esfuerzo es por ella porque quiero en bien para ella”.
- **Pareja:** “No tan buena cada quien por su lado”.
- **Amigos/as:** “Muy buena pero ya no nos llevamos como antes”.

**¿Cuáles son los retos de su vida?:** “Salir adelante, conseguir un buen trabajo para que mi hija tenga un buen futuro que cada día se dé cuenta que mis esfuerzos no son en vano sino que tienen un motivo muy importante por el cual yo quiero triunfar en mi vida con el apoyo de toda mi familia yo sé que saldré adelante”.

**María Joaquina Cabrera Pillcorema (15 años)**  
**10mo. E.B.G.**

**Como ha sido tu vida antes del embarazo:** “Mi vida ha sido un poco dura ya que crecí sola con mi mamá, ella me ha enseñado que a que hay que ser



valiente ella ha sido mi madre y mi padre desde temprana edad me enseñó a trabajar para ayudar en la casa, ya que no se daba a basto”.

Siempre hemos estado unidas me apoyaba en todo lo necesario no nos hacía faltar nada y cumplió su tarea como madre aunque no nos dejaba salir mucho siempre ha sido súper reservada, y yo en cambio siempre he sido un poco rebelde”.

#### **En cuanto a las relaciones afectivas con sus:**

- **Padres:** “Con mi papá nada porque no estuvo aquí en mi vida, con mi mamá buena llevable”.
- **Hermanos:** “Con mi hermana con un poco de discusiones aunque creo que eso siempre va haber la indiferencia”.
- **Familia:** “Con mi familia en general no mucho ya que ellos viven lejos solo está aquí una tía la cual trabaja”.
- **Pareja:** “Se llevaba súper bien con mucha comunicación”.
- **Amigos/as:** “También era buena aunque no tenía muchas amistades”.

#### **25 años actualmente**

##### **Unión libre**

**Como ha sido tu vida después del embarazo:** “En esa etapa fue ya con una responsabilidad muy grande tenía que terminar mis estudios, trabajar y cuidar a mi hija pero poco a poco se me fue haciendo más fácil porque conté con el apoyo de mi familia fue la etapa más dura y linda a la vez, aprender muchas cosas cambiar pañales, preparar biberones, estudio y el trabajo en su fue duro pero todo esfuerzo tiene su recompensa y lo sé porque tengo unas lindas hijas sanas y ya en la escuela otra etapa más pero para mí muy maravillosa”.

#### **En cuanto a las relaciones afectivas con sus:**

- **Padres:** “Con mí y siguió todo bien ahora más juntas porque ya teníamos a mi hija con nosotras y como ella me ayudaba a con mi hija pues teníamos una comunicación más abierta”.





- **Hermanos:** “Con ellos mejoró la comunicación será por mi hija todos nos unimos para cuidarla y darle lo que necesita”.
- **Pareja:** “La relación tiene altibajos ya un poco cambia porque ya no hay mucho tiempo para dedicarse a nosotros si no lo primordial el hijo”.
- **Amigos/as:** “Ellos con el apoyo moral y consintiendo a mi hija cuando se podía”.

**¿Cuáles son los retos de su vida?:** “Seguir junto a mis hijas continuar con mi trabajo seguir apoyándolas, seguir con mi mama y con el papa de mis hijas y salir adelante junto a mi familia”.

### **3.3. Análisis de los resultados de las entrevistas a las profesionales y las historias de vida de las adolescentes.**

Las profesionales entrevistadas del área de Trabajo Social de las instituciones SENDAS, Clínica Humanitaria, APROFE, Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, Hospital Municipal de la Mujer y el Niño y de acuerdo a las historias de vidas de las adolescentes se realiza el siguiente análisis:

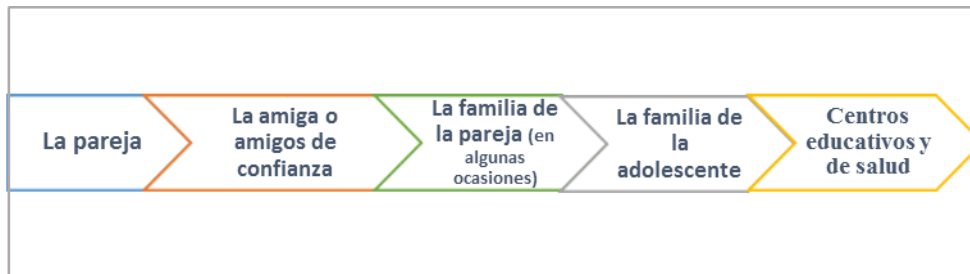
Las profesionales indican que al DÍA atienden de 1 a 5 casos de adolescentes embarazadas de entre 12 a 18 años de edad y según las áreas en un 20% pertenece al área rural, un 40% al área urbana y otro 40% en ambas; en lo que respecta a la pareja de la adolescente en un 80% es adolescente y un 20% es adulto; destacando que esta problemática se produce en todos los extractos sociales y también se debe a un exceso, poca o equivocada información.

El embarazo adolescente es un problema de salud pública porque afecta a la integridad física, psicológica y sexual de la adolescente; también es un problema social porque la pareja desiste de la responsabilidad, las relaciones afectivas del grupo familiar se deterioran y en el caso de la adolescente ya no puede desarrollar las actividades propias de su edad; a las que hay que añadir las reacciones de la familia que van desde el rechazo, decepción, ira, ansiedad, resignación o dejar de apoyar, abandonar, sentimientos de culpabilidad hacia la



madre y en casos extremos también puede reaccionar con violencia obstaculizando cualquier capacidad de comprensión sobre la situación.

Antes de continuar, es importante conocer la ruta que la adolescente sigue para informar a la familia de la situación de embarazo es:



**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca.

**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

Es necesario mencionar que a medida que el embarazo avanza las relaciones familiares se fortalecen y existe mayor predisposición de los padres por apoyar y acompañar a la adolescente; sin embargo, esto a largo plazo puede significar un riesgo ya sea por el tema económico, roles, funciones; el hecho de que no se respeta su espacio, ni decisiones o la forma de crianza o educación que debe recibir el niño o la niña en las que prevalece la comunicación pasiva y agresiva.

Respecto a los propósitos que las adolescentes se proyectan para el futuro estos giran en torno a la culminación de sus estudios, para así lograr conseguir un trabajo estable; pero sobre todo velar por la seguridad del niño o la niña con el fin de no repetir los mismos errores, problemas o dificultades que llevaron al embarazo.

En cuanto a la problemática del embarazo adolescente actualmente en la ciudad de Cuenca se va lo “normalizando” aún más cuando va dentro de una relación de matrimonio o unión libre ya sea este deseado u obligado, pues se lo ve como la oportunidad para que las adolescentes se hagan responsables; caso contrario la adolescente madre es vista como una “rebelde”, que no acato las normas impuestas por la familia y la sociedad por ende es rechazada de su contexto social.



De esta manera, la comunicación asertiva es ideal para esta problemática pues a través de esta la familia comprende, acepta y reconoce las causas que determinaron el embarazo y que en efecto ayudará a tomar las mejores decisiones; además de apoyar emocional y afectivamente a los adolescentes. Inclusive implementar este tipo de comunicación ayudaría a prevenir los embarazos. Entre sus aspectos positivos tenemos: lograr acuerdos, tomar decisiones y sobre todo las ideas u opiniones son claras puesto está de por medio el respeto, confianza y consideración respecto a dudas e inquietudes de las/los adolescentes y el aspecto negativo podemos destacar de este tipo de comunicación sería que aun así no se obedezcan las normas o no se tome las decisiones correctas.

Finalmente, de acuerdo al protocolo que las profesionales siguen para trabajar con las/los adolescentes en la situación del embarazo, familia y la unidad educativa se resume en el siguiente cuadro:

<b>Modelo de intervención:</b> De las 5 profesionales, una señala que utiliza el modelo de intervención en crisis y seguimiento de caso, otra indicó que utiliza el modelo centrado en la tarea y otras indicó que realiza un trabajo integral con el/la paciente y la familia.		
<b>Protocolo General:</b> De las aportaciones de las profesionales se concretó en: Entrevista inicial y apertura de la ficha socioeconómica. Escucha activa a los/las adolescente y su familia. Estudio del caso (buscar causas y consecuencias). Derivación al médico y psicología (recibe el apoyo emocional, motivación y orientación necesaria de la situación tanto para los adolescentes y la familia). Activación de redes con instituciones públicas o privadas. Seguimientos de los casos.		
<b>Las profesionales entrevistadas mencionan que el protocolo que siguen con la:</b>		
<b>ADOLESCENTE</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Entrevista inicial.</li><li>• Escucha activa a la/el adolescente y la familia.</li><li>• Reciben la orientación, apoyo, motivación, incluyendo los posibles riesgos de salud que pueden presentarse y explicar el proceso del embarazo.</li><li>• Seguimiento (en los casos que mayor riesgo).</li></ul>	<b>FAMILIA</b> Entrevista inicial Escucha activa a los familiares. Reciben la orientación y motivación para el apoyo en la educación, en la parte afectiva a los adolescentes. Seguimiento (en los casos de mayor riesgo).	<b>UNIDAD EDUCATIVA</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Seguimiento educativo con los profesores y amigos/as de la o el adolescentes.</li><li>• Buscar el apoyo para la adolescente.</li><li>• En algunas ocasiones coordinan con las instituciones educativas para charlas o campañas de prevención de embarazo, enfermedades de transmisión sexual, métodos anticonceptivos).</li></ul>

**Fuente:** Entrevistas a las profesionales en Trabajo Social del área de salud - Cuenca (2016).



**Elaborado por:** Andrea Morocho

**Fecha:** Desde el 27 de mayo al 10 de junio de 2016.

## **CAPÍTULO IV**

### **INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL DESDE EL ENFOQUE SISTÉMICO**

Desde la mirada del Trabajo Social el enfoque sistémico se fundamenta “en el principio de que las personas para la realización de sus planes y para la superación de las dificultades que les plantea la vida depende del apoyo que les presten los sistemas sociales existentes en el entorno social inmediato”, para una intervención exitosa (Viscarret Garro, 2007, pág. 274).

#### **4.1 Propuesta de Protocolo de Intervención en el embarazo adolescente y la familia.**

El siguiente protocolo tiene como propósito acompañar, ayudar y capacitar a la adolescente y su familia en el proceso del embarazo con finalidad de restablecer o mejorar las relaciones afectivas, de confianza y seguridad a través de procesos comunicativos asertivos que ayudan a desarrollar capacidades adaptativas y de resiliencia frente a la situación, para de esta manera precautelar el bienestar físico, psicológico y sexual de la adolescente, así como del niño o la niña que está por nacer. Este proceso será aplicado a través de los centros de salud, organizaciones sociales e instituciones educativas de la ciudad de Cuenca y cada una de las actividades planificadas se realizarán a través de un equipo multi e interdisciplinario integrado por las áreas Trabajo Social, Psicología, Médico y Orientador familiar.

#### **Objetivo general:**

- Generar procesos comunicativos asertivos que contribuyan al fortalecimiento de las relaciones sociofamiliares entre la adolescente y la familia

#### **Objetivos específicos:**



- Determinar cuáles son los factores que dificultan la comunicación entre padres y adolescentes.
- Promover la comunicación asertiva en la solución de conflictos que se den durante y después del embarazo.
- Incentivar la participación de las familias en los procesos socioeducativos y del embarazo adolescente.

### **Principios:**

- Interés superior de la adolescente
- Solidaridad
- Compromiso
- Confidencialidad

### **Enfoques**

**Enfoque sistémico:** Este enfoque integra y toma en cuenta las interacciones e interrelaciones de todo el entorno familiar y no solo del embarazo de la adolescente; además que permitirá mejorar, cambiar y desarrollar la capacidad de la familia para encontrar alternativas de solución a los problemas y dificultades que se presenten en el proceso del embarazo (Viscarret Garro, 2007, págs. 281 - 286).

**Enfoque derecho:** En este enfoque se busca reforzar todos aquellos derechos excluidos de la adolescente por la situación del embarazo a fin de proteger, garantizar y respetar su desarrollo integral físico, psicológico y sexual, velando así el interés superior de los mismos.

**Enfoque de género:** Este refiere que tanto hombres como mujeres tienen acceso a las mismas oportunidades ya sea en el aspecto laboral, económico, afectivo y familiar. Sin embargo, ante el embarazo la responsabilidad económica, afectiva y de educación del niño o la niña recae únicamente en la adolescente mientras que el adolescente tiene la opción de aceptar o abandonar sin cuestionamiento alguno.



**Enfoque intercultural:** El Trabajador/ra Social deberá tener en cuenta las diferentes concepciones y diversidades culturales de la familia o comunidad, en la que debe prevalecer el respeto a las mismas para ayudar a la mejor convivencia entre padres y las/los adolescentes.

## **PROCESO DE ATENCIÓN**

El proceso de atención ira basado en la entrevista aplicada a las profesionales de Trabajo Social del área de salud de la ciudad de Cuenca de las instituciones Hospital Regional “Vicente Corral Moscoso”, Hospital Municipal de la Mujer y el Niño, APROFE, Clínica Humanitario, SENDAS; por lo cual se establecerán tres etapas: INICIAL (evaluación de problemas), INTERVENCIÓN (fase de realización), FINAL (separación, evaluación y conclusiones) que se detallarán a continuación:

### **ETAPA INICIAL**

En la etapa inicial, él o la Trabajador/ra Social deberán encauzar todos aquellos aspectos que interfirieron en el embarazo adolescente; es decir que no solo interpretará como un problema exclusivo de los y las adolescentes, sino que se debe también a la interacción con su contexto familiar y social.

**Entrevista inicial.-** Esta entrevista es fundamental para realizar el proceso de intervención porque a través de esta se conocerán a breve rasgos los motivos y causas que desencadenaron el embarazo; por esta razón será necesario utilizar la ficha socioeconómica que servirá de soporte para la obtención de datos personales y generales del usuario o usuaria; inclusive ayudará a generar una posible hipótesis de la situación.

Por lo tanto, el o la profesional en esta primera entrevista proporcionará la información y orientación respecto al proceso del embarazo, cuidados, alimentación y servicios; además buscará establecer mayor empatía y confianza con la o el adolescente, que contribuirán a la intervención.



**Investigación Social.-** Con la investigación social permitirá profundizar sobre las causas y consecuencias, así también las relaciones, estructura, roles y funciones de la familia, toda esta información se proporcionará a través de la visita domiciliaria y observación, en esta parte se tendrán en cuenta los aspectos no verbales; es decir, aptitudes, comportamiento, posturas del cuerpo; aquí el o la profesional desarrollarán habilidades de escucha activa aplicando técnicas de clarificación y aireación que ayudarán al diagnóstico social.

En esta fase se aplicará las técnicas de:

- **Escucha activa:** esta consiste en tomar en cuenta el lenguaje verbal y no verbal que las personas transmitan al contar los hechos o sucesos.
- **Clarificación:** esta ayudará al usuario/a a comprender y reflexionar sobre la situación del embarazo.
- **Aireación:** con esta técnica el usuario/a logran liberar sus sentimientos y emociones ante el embarazo.
- **Genograma;** Es una representación gráfica de la estructura y relaciones familiares de tres generaciones que ayudarán al diagnóstico final y la intervención.

**Diagnostico social.-** A través del diagnóstico social el o la Trabajador/ra Social, analizará la problemática, en este caso el embarazo adolescente; que les permita determinar las conclusiones, acciones y soluciones para cada caso; sin dejar de lado que estos deben ser claros y objetivos; orientados a garantizar, proteger y precautelar los derechos y bienestar de los/las adolescentes, así como del niño o niña que está por nacer y familia.

Entonces, él o la profesional de Trabajo Social deberá tener en cuenta las siguientes partes para el diagnóstico social (Claver, 2012) y (Viscarret Garro, 2007, pág. 282):

1. Análisis de la organización y estructura interna del sistema familiar de la o el adolescente.



2. Las reglas que se establecen y regulan el desenvolvimiento o funcionamiento del sistema familiar y los subsistemas que la componen.
3. Las reglas que componen y que regulan el funcionamiento al interior de todo el sistema y sus subsistemas.
4. Las transformaciones o modificaciones en la estructura de comunicación que se han instaurado como típicos.
5. El Trabajador/ra Social y el cliente establecerán los objetivos y qué cambios provocarán los mismos en el sistema familiar y a la vez lograr que estos permanezcan estables.

**Informe social:** es una constancia escrita en el que se detallan los aspectos obtenidos de la investigación social e intervención como es son los antecedentes familiares, hechos y sucesos de la situación, relaciones entre los integrantes del grupo familiar.

**Derivación del caso.-** Luego de realizar el diagnóstico y emitido el informe social el Trabajador/ra Social realizará la remisión del caso a las diferentes áreas técnicas como Psicología, Orientación Familiar y Medicina e inclusive activar las redes institucionales públicas o privadas según el caso y necesidad de la adolescentes; precautelando así su integridad física, psicológica y sexual de la adolescente de acuerdo a las leyes y normas ecuatorianas

### **Actores del proceso**

**Individual:** El o La adolescente

### **Contexto**

- La familia (los/las adolescentes)
- La pareja
- Unidad educativa
- Centro de salud





### **Equipo técnico dentro del proceso:**

- Trabajo Social
- Psicología
- Orientación familiar
- Médico

### **ETAPA DE INTERVENCIÓN**

En esta fase el Trabajador/ra Social, la adolescente y la familia han alcanzado un cierto grado de confianza, adherencia y compromiso; además, los participantes identificarán el origen, dificultades y necesidades sobre la situación; pero sobretodo incorporarán a la comunicación asertiva como medio para la solución de las dificultades y el involucramiento de la familia en el proceso del embarazo para de esta manera potenciar la utilización de sus propios recursos y capacidades dentro de este proceso (Viscarret Garro, 2007, págs. 262 - 263).

### **Estrategias de intervención**

#### **Con la adolescente**

- Reconocer y evaluar las dificultades y capacidades personales del adolescente.
- Orientar y apoyar a planificación del proyecto de vida a corto y largo plazo.
- Incorporar la comunicación asertiva como método para solución problemas y tareas vitales utilizando sus propios recursos y capacidades.

#### **Con la familia**

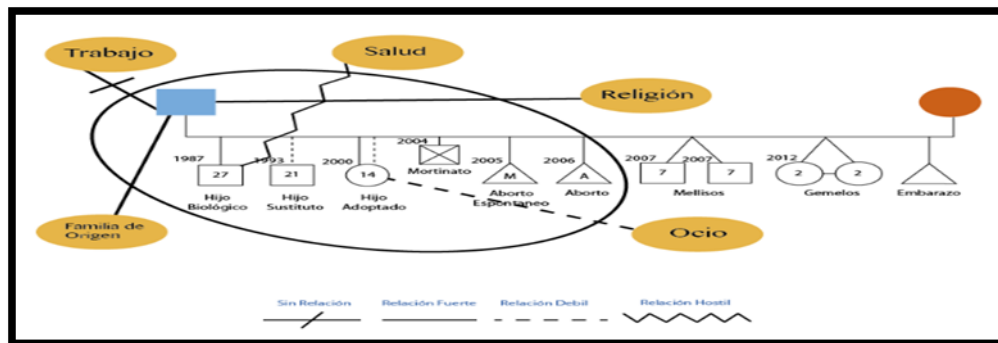
- Analizar la funcionalidad, comunicación, estilo de vida y grado de dependencia de los integrantes del grupo familiar.

- Potenciar la capacidad comunicativa asertiva de la familia ante las situaciones estresantes; además de reforzar las capacidades adaptativas, de resiliencia y receptividad frente la situación del embarazo
- frente a las dificultades
- Destacar la importancia del apoyo, comprensión y respeto de derechos del adolescente.

Dentro de este proceso de intervención se utilizará la técnica de **acompañamiento y alianza** que tiene como finalidad dar a conocer al adolescente y familia su capacidad para resolver los conflictos que se puedan generar durante y después del embarazo (Viscarret Garro, 2007, pág. 293).

### Herramientas lúdicas de intervención social

- **Eco-mapa familiar:** Permitirá obtener una perspectiva general de su red de apoyo; es decir, las relaciones íntimas, sociales y ocasionales con el entorno y la intensidad con estas (Alarcón, 2015).



**Fuente:** El blog de Daniel. Eco-mapa familiar – Trabajo Social. **Acceso:** 12/11/16. **Recuperado de:** <http://danalarcon.com/como-elaborar-un-ecomapa-familiar-en-3-pasos-trabajo-social/>.

- **Historias de vida:** Es una técnica que le permite a la persona hacer un recuento (narración) de los acontecimientos de su vida pasada, presente y futura que servirán de análisis para el profesional sobre la problemática a estudiar.
- **Role playing:** Esta técnica implica ponerse en el lugar del otro representado la situación o caso concreto; convirtiéndose en un proceso de retroalimentación.



- **Talleres socioeducativos para los padres y las/los adolescentes:** Consiste en charlas informativas en la que las personas se asesoran en un determinado tema que él o la profesional considere necesario y oportuno como parte de la intervención.
- **Grupos de apoyo:** Es un grupo de personas que intercambian ideas Aquí el o la profesional pondrá un tema específico para el debate en este caso el embarazo en adolescentes sus causas y consecuencias, la sexualidad, entre otros temas asociados a la problemática.

Hay que recalcar que es importante establecer acuerdos entre el profesional y el usuario/a este puede ser verbal o por medio de un contrato escrito que permitirán establecer las actividades, funciones y roles de cada parte; es por ello que se ha elaborado un modelo de contrato escrito:

ACUERDO DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL – ADOLESCENTE	
Cuenca, _____ de 201__	
<b>Objetivo:</b> Establecer normas, reglas, procedimiento, tareas, roles, funciones y responsabilidades que le corresponde al profesional y al usuario/a.	
Yo, .....de.....años de edad; acepto la condiciones, reglas, actividades, metodología y demás procedimientos socioeducativos de los servicios de atención, asesoramiento e investigación social, necesarios para la intervención integral de la o el adolescentes y la familia que tendrá una duración de tres meses.	
<b>Compromisos de las partes:</b>	
1.- El o La Trabajador/ra Social demostrara confidencialidad absoluta dentro del proceso y la información obtenida será utilizada únicamente con fines terapéuticos.	
2.- El usuario/a denotara responsabilidad y compromiso en las actividades que se le designen como parte del proceso de intervención.	
Las partes han manifestado el acuerdo de este contrato	
Firma del Usuario/a	Firma del profesional

**Elaborado por:** Andrea Morocho.



## ETAPA FINAL (Separación y evaluación)

En la fase final el profesional de Trabajo Social, adolescente y familia deberán:

- Culminar sentimientos que hayan podido aparecer durante el proceso.
- Estudiar y evaluar todos los objetivos alcanzados y que no se lograron culminar.
- Conclusiones y recomendaciones
- Activación de redes consiste en el apoyo y trabajo conjunto con las instituciones públicas o privadas de salud, educación, organizaciones sociales y judiciales para precautelar el bienestar de los adolescentes, el niño o niña que está por nacer y la familia.
- Seguimiento de caso se realizará durante un tiempo de tres meses continuos, luego por año, sin embargo esto variara según como los profesionales consideren necesarios.

## Calendario de ejecución (tentativo)

FASES	MES 1				MES 2				MES 3			
	Semanas				Semanas				Semanas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Fase inicial</b> *Investigación social del entorno familiar, educativo y social de la o el adolescente * Evaluación y priorización. * Informe social	X	X	X	X								
<b>Fase de intervención</b> *Aplicación del enfoque sistémico. * Plan de acción. * Talleres – Terapias.					X	X	X	X				



<b>Fase final</b> * Evaluación de los resultados. *Derivación a otros profesionales o instituciones.									X	X	X	X
---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	---	---

**Fuente:** Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social. (Viscarret Garro, 2007)

**Elaborado por:** Andrea Morocho.

## ESQUEMA DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN EL EMBARAZO ADOLESCENTE

### ETAPA INICIAL

#### Entrevista Inicial

- Apertura de la ficha socioeconómica.
- Información.
- Orientación.
- Acompañamiento.

#### Investigación Social

- Visita Domiciliaria.
- Observación.
- Escucha activa.
- Informe Social.

#### Técnicas

- Escucha activa.
- Clarificación.
- Aeración.
- Genograma.

#### Diagnostico Social

- Análisis de caso.
- Conclusiones claras y objetivas.
- Planificación.
- Derivación y activación de redes.



### **ETAPA DE INTERVENCIÓN**

**Estrategias de la intervención.**

**Acompañamiento y alianza**

**Herramientas lúdicas de intervención social**

- Eco-mapas
- Historias de vida.
- Role playing.
- Grupos de apoyo.
- Talleres socioeducativos.

**Plan de intervención.**

### **ETAPA FINAL**

**Evaluación de los objetivos y actividades**

**Conclusiones**

**Recomendaciones.**

**Derivación del caso.**

**Seguimiento del caso.**

Elaborado por: Andrea Morocho

## **CONCLUSIONES**

Luego de haber ejecutado la monografía “Influencia de la comunicación asertiva en el embarazo con adolescentes”, como conclusiones se presentan las siguientes:

- El embarazo adolescente aun es visto como consecuencia de la “rebeldía” o “desobediencia” de la adolescente por haber no respetado las normas y reglas establecidas por la familia y la sociedad; prevaleciendo el prejuicio de que son personas “incapaces” de tomar sus propias decisiones; pero que a la vez les exigen que asuman la responsabilidad de sus actos; tanto así que se ha interiorizado que la crianza y educación del niño o la niña debe ser asumida solo por la adolescente y su familia; de hecho las profesionales indican que de los 5 casos que atienden al día una recibe apoyo de la pareja.
- Socialmente esta problemática ya no es exclusiva de familias pobre; ni solo del área rural o centros educativos fiscales y es que en todas las instancias públicas como privadas se promueve el libre acceso a la



información concientizada sobre sexualidad, planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y prevención de embarazos; más bien el problema radica en las ambivalencias culturales y religiosas que instauran tabúes, prejuicios y estigmas sobre estos temas; tanto así que si la adolescente se “embaraza” y establece un relación de matrimonio ya se lo ve como “normal” caso contrario es juzgada y rechazada por su medio social.

- De acuerdo a las historias de vida de las adolescentes podemos concluir que los padres y familia a pesar de las reacciones de ira, decepción, incertidumbre toman la decisión de acompañar, apoyar y orientar a la adolescente tanto en el aspecto económico, emocional, médico y educativo.
- Aspectos como falta de acceso a métodos anticonceptivos, poco o excesiva información sobre temas de sexualidad no son precisamente los desencadenantes del embarazo, puesto que en la actualidad los centros educativos y de salud proporcionan este tipo de información; sino que más bien imperan factores como las diferencias generacionales, despreocupación de los padres y la falta de comunicación (por no haber escuchado los consejos de los padres según la versión de la adolescentes).
- Los medios de comunicación y el círculo de amigos/as de mayor apego son la primera opción para informarse puesto que al momento de hablar sobre sexualidad o prevención de embarazo la familia opta por el silencio o evasión y en los casos que los padres proporcionan información siempre viene cargada de prejuicios que distorsionan la idea u opinión que se transmite.
- La comunicación asertiva tanto la teoría como las entrevistas concuerdan que es un medio que ayuda a las partes a emitir y dar respuestas adecuadas y racionales ante una dificultad por lo tanto este tipo de comunicación frente al embarazo adolescente es ideal para que la familia acepte, comprenda y apoye a la adolescente; además, se fortalecerán las relaciones afectivas y las capacidades adaptativas del



grupo; garantizando a la construcción de un proyecto de vida integral en la que prevalezca el bienestar de la madre adolescente y del niño o niña que está por nacer.

- Las entrevistas aplicadas a las Trabajadoras Sociales del área de salud y testimonios de las adolescentes en cuanto a la atención social en los centros de salud o centros educativos tanto público o privado es netamente ambulatoria; es por eso que se ha establecido una guía de intervención para el proceder profesional con la finalidad de orientar, acompañar, incentivar y fortalecer los lazos afectivos y comunicativos deteriorados del grupo familiar.

## RECOMENDACIONES

Posteriormente a la recopilación monográfica es necesario plantear las siguientes recomendaciones:

- Impulsar a la construcción de proyectos de vida en la adolescente o padres adolescentes, en los que se incluya los aspectos interpersonales, afectivos, emocionales, educativos y laborales.
- Fomentar la aplicación de procesos comunicativos asertivos en la familia que facilite el dialogo neutral, racional y comprensivo frente a las dificultades o situaciones estresantes durante el proceso del embarazo; además que este tipo de comunicación permitirá crear un clima de armonía, seguridad, confianza entre padres y adolescente.
- Promover espacios socioeducativos en los centros de salud y educativos que permitan conocer a los padres, familia y adolescentes los beneficios





de aplicar la comunicación asertiva en la solución de conflictos o crisis que puedan suscitar en el contexto sociofamiliar.

- Incentivar a la planificación familiar y hábitos de prácticas sexuales seguras y responsables.
- Los y Las profesionales de Trabajo Social desarrollarán metodologías adecuadas para la intervención con los adolescentes; orientadas siempre a proteger, precautelar y garantizar el bienestar de los mismos y de sus familias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, D. (13 de Enero de 2015). *El Blog de Daniel*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2016, de El Blog de Daniel: <http://danalarcon.com/como-elaborar-un-ecomapa-familiar-en-3-pasos-trabajo-social/>
- Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. MonteCristi.
- Barrón, M. (2012). *Crecimiento y Desarrollo de la Biología en la Educación y la Salud / 1ra. Edición*. Argentina: Brujas.
- Cáceres Hanzich, C. (2013). *Comunicación Humana /Para Articular Interés y Diferencias*. Buenos Aires: LUMEN.
- Castillero G, V. (1992). *La adolescente embarazada: actitud y conducta de la adolescente y del progenitor ante su rol de padres y como son percibidos por sus familias*. Chile.
- Claver, E. (26 de abril de 2012). *SlideShare*. Obtenido de SlideShare: <http://es.slideshare.net/claverhuesca/la-familia-como-sistema2>
- Comité Interinstitucional. (2011). *Prevención del Embarazo en Adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos*. República Dominicana: Mediabyte, S.R.L. Recuperado el 10 de Septiembre de



- 2016, de  
[http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion\\_embarazo\\_adolescente2011.pdf](http://www.unicef.org/republicadominicana/prevencion_embarazo_adolescente2011.pdf)
- Comité Subregional Andino. (2009). *Situación del Embarazo en Adolescentes en la Subregión Andina*. Organismo Andino de Salud . Lima: Cellgraf S.A.C.
- Congreso Nacional. (2003). *Código de la Niñez y Adolescencia*. Quito: Departamento Jurídico Editorial de la Corporación de Estudios y Publicaciones.
- Cortés Alfaro, A., Chacón O´Farril, D., Álvarez García, A. G., & Sotomayor, Y. (Julio de 2015). *Maternidad temprana: Repercusión en la salud familiar y en la sociedad / versión on line*. Obtenido de REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000300012&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252015000300012&script=sci_arttext&tlng=en)
- Danhke Gordon, L., & Fernández Collado, C. (1986). *La Comunicación Humana*. México: McGraw - Hill.
- Estremero Bianchi, J., & García, X. (09 de Agosto de 2016). *Revistas Universidad de Chile*. Obtenido de Revistas Universidad de Chile:  
<http://www.revistas.uchile.cl/files/journals/2/articles/300/submission/layout/300-1209-1-LE.pdf>
- Gervilla, Á. (2008). *Familia y Educación Familiar*. Madrid: Narcea.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Cuenca. (17 de mayo de 2013). *Ordenanza para la promoción y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos y por la que se institucionaliza la red de salud sexual y salud reproductiva*. Obtenido de Cuenca I. Municipalidad:  
[http://www.cuenca.gov.ec/?q=vista\\_ordenanzasultimas&keys=salud+sexual+y+reproductiva&field\\_fecha\\_publicacion\\_value%5Bvalue%5D%5Byear%5D=](http://www.cuenca.gov.ec/?q=vista_ordenanzasultimas&keys=salud+sexual+y+reproductiva&field_fecha_publicacion_value%5Bvalue%5D%5Byear%5D=)
- González, S. (2011). *Habilidades de Comunicación y Escucha*. Nashville: Grupo Nelson.



- INEC. (04 de Septiembre de 2014). *Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-salud-reproductiva-y-nutricion/>
- INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). *Ecuador en cifras*. Recuperado el 20 de febrero de 2016, de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/>
- Jerves , M., & Enzlinn, P. (2011). *ESTADO DEL ARTE DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES*. Cuenca: Grafisum.
- López A, S., Castillo N, J., & Jerves H, M. (2010). *Desarrollo del Adolescente*. Cuenca.
- Massana Girbau, D. (2002). *Psicología de la comunicación*. España: Ariel S.A.
- MIES. (2007). *PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN ECUADOR*. Quito.
- Ministerio de Salud Pública. (2010). *Ministerio de Salud Pública*. Recuperado el 20 de febrero de 2016, de <http://www.salud.gob.ec>
- Mora, E. (2006). *Psicopedagogía Infanto - Adolescente*. Madrid: Cultural S.A.
- MSP. (agosto de 2013). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Ministerio de Salud Pública: <http://www.salud.gob.ec/semana-de-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes/>
- OMS. (29 de Marzo de 2013). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
- OMS. (Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
- OMS. (Septiembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de Febrero de 2016
- OMS. (2014). *Organizacion Mundial de la Salud*. Recuperado el 16 de Febrero de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>



- ONU MUJERES. (23 de Febrero de 2015). *ONUMUJERES*. Obtenido de ONUMUJERES: <http://onumujeres-ecuador.org/beijing/las-ninas-ahora-ecuador-2015/>
- ONU, Asamblea General de las Naciones Unidas. (10 de Diciembre de 1948). *Registro Civil del Ecuador*. Obtenido de Registro Civil del Ecuador: <http://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/2015/04/DECLARACION%20DE%20LOS%20DERECHOS%20HUMANOS.pdf>
- Ovejero Berna, A., & Rodríguez, F. (2011). *La convivencia sin violencia*. Bogotá: Magisterio.
- Papilia, D. E., Wendkos Olds, S., & Duskin Feidman, R. (2009). *Psicología del desarrollo / De la infancia a la adolescencia*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Plaza V, I. (2008). "CONVERSEMOS SOBRE SEXUALIDAD". "CONVERSEMOS SOBRE SEXUALIDAD". Cuenca, Azuay, Sierra.
- Solís, O. (2008). "Familias Disfuncionales y su incidencia en su rendimiento escolar" (TRABAJO ACADÉMICO INTEGRADOR PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EN LA ESPECIALIZACIÓN DE EDUCACIÓN INFANTIL). Obtenido de Universidad de Cuenca: <file:///C:/Users/hp-pc/Desktop/docu%20de%20la%20monografia/FLIA%20DISFUNCIONAL%202.pdf>
- Toledo, V., Luengo, M. X., & Siraqyan, M. (2003). *Educando en afectividad y Sexualidad / Adolescencia Tiempo de Decisiones*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- UNICEF. (2014). *Vivencias y relatos sobre embarazo en adolescentes*. Panamá: Innovación en Diseño, Edición y Alrededores | Idea (Perú).
- Valdiviezo Machuca, M., & Awuapara Flores, S. (Julio de 2013). Características bio-psicosociales del adolescente. *Artículo de revisión*. Lima, Perú.
- Vega, A. (2014). *Sexualidades. Guía de conceptos y herramientas para entender, vivir y compartir*. Buenos Aires: Lugar.
- Viscarret Garro, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial S.A.





## ANEXOS

### Anexo 1

#### Ejemplo de modelo Intervención en el embarazo adolescente

**Objetivo General:** Orientar a las adolescentes en el ámbito afectivo, emocional y de salud, necesarios para afrontar el embarazo.

TEMA/S	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
Maternidad Adolescente	Dar a conocer a las adolescentes y su pareja las etapas del embarazo y los posibles riesgos en la salud física de la adolescente.	<b>Dinámica</b> <u>Nombres y adjetivos</u> <b>Exposición del tema:</b> <u>Salud materna (aspectos físicos).</u> <u>Alimentación saludable.</u> <u>Planificación familiar.</u> <u>Actividades físicas.</u> Preguntas de las/los participantes. <b>Evaluación y Conclusiones</b>	<b>Información:</b> Dar los conocimientos necesarios para alcanzar el objetivo propuesto.  <b>Consejo:</b> Esta hace referencia a las recomendaciones y sugerencias en las tareas que vaya a ejecutar.	Materiales didácticos.  Insumos y equipos audiovisuales.  Recursos humanos  *Las/Los adolescentes *Trabajadora Social  * Médico  *Nutricionista	Que la y el adolescente reconozcan los riesgos y complicaciones del embarazo.



<b>Dinámica:</b> <u>Nombres y Adjetivos</u> <b>Destinatarios:</b> Dirigido a grupos de personas que se reúnen por primera vez y no se conocen. <b>Duración:</b> 20 minutos <b>Desarrollo:</b> Los participantes deben pensar en un adjetivo que más les defina y esta debe comenzar con la inicial de su nombre.					
<b>Sexualidad Responsable</b>	Concienciar a los adolescentes de la importancia de prevenir y evitar más embarazos.	<b>Exposición del tema:</b> <u>Sexualidad sin prejuicios y tabúes.</u> <u>Sexualidad y Los valores.</u> <u>Métodos anticonceptivos.</u>  <b>Dinámica</b>  <b>Evaluación conclusiones</b>	<b>Escucha activa:</b> Estar atenta a todo aquellos gestos, palabras, emociones y sentimientos de los/las participantes.  <b>Clarificación:</b> Con esta técnica los participantes y ayuda del Trabajador Social comprenderán y reflexionarán la importancia de la educación sexual.	Materiales didácticos.  Insumos y equipos audiovisuales.  Recursos humanos * Las/Los adolescentes * Trabajador/a Social * Psicóloga/o	Los adolescentes incorporarán una cultura de responsabilidad y concienciación que evite los embarazos a temprana edad.
<b>Dinámica:</b> <u>Brainstorming</u> <b>Destinatarios:</b> Participantes del taller. (10 a 15 personas) <b>Duración:</b> 30 minutos <b>Desarrollo:</b> Esta dinámica es conocida también como el torbellino de ideas en cual los participantes opinan, debaten sobre el tema tratado contribuyendo a la participación activa de todos los integrantes del taller.					



<b>Proyecto de vida</b>	Promover la construcción del proyecto de vida en los adolescentes.	Los adolescentes establecerán metas a realizarse a corto y largo plazo, haciendo referencia al ámbito personal, de pareja, familiar, educativo que les ayuden a formarse y garantizar su bienestar integral.	<b>Aireación:</b> Permite a los participantes expresar sus sentimientos abiertamente y sobre todo observar abiertamente sus objetivos para superar la situación en la que se encuentran.  <b>Estimulación:</b> Esta consiste en dar ánimos y apoyo a los planes de los participantes.	Materiales didácticos.  Insumos y equipos audio visuales.  Recursos humanos  * Las/Los adolescentes.  * Trabajadora Social.	Los adolescentes se proyectan sus metas, propósitos, ambiciones y retos que deben cumplirse en un plazo determinado.
<b>Dinámica:</b> <b>Mi Radiografía</b> <b>Destinatarios:</b> Adolescentes <b>Duración:</b> 45 minutos <b>Desarrollo:</b> Cada participante debe en una hoja colocar las frases: ¿QUIEN SOY?; ¿QUÉ QUIERO SER?; ¿COMO ACTUÓ?; es decir, una visión a futuro con propósitos, metas y objetivos a cumplirse.					
<b>¿Quién soy yo?</b> El participante escribirá todo sobre sí: cualidades, valores, habilidades y defectos.		<b>¿Qué quiero ser?</b> Aquí visualizarán su futuro como metas, objetivos, propósitos e ideales.		<b>¿Cómo actuó?</b> Para cumplir las metas que se te ha trazado como estas actuando para llegar a ellas: estudios, familia, amigos/as, trabajo, tiempo libre	





### Ejemplo de intervención con la familia de la/el adolescente embarazada/o

**Objetivo General:** Generar en los padres conciencia de la importancia de mantener una comunicación asertiva, apoyo emocional y afectivo dentro del grupo familiar.

TEMA/S	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TÉCNICA	RECURSOS	RESULTADOS ESPERADOS
<b>Comunicación asertiva entre padres y adolescentes</b>	Desarrollar habilidades de comunicación que nos ayuden a afrontar y solucionar problemas en el entorno familiar.	<b>Exposición del tema:</b> La comunicación asertiva familiar. Aspectos positivos de la comunicación asertiva. Cómo aplicar la comunicación asertiva. <b>Dinámica</b> ¿QUÉ TAN ASERTIVO SOY? <b>Debate y pregunta de los/las participantes.</b> <b>Evaluación y conclusiones.</b>	<b>Aireación:</b> Permite a los participantes liberar sus sentimientos y emociones que ayudarán al análisis de la situación.  <b>Información:</b> Indicar todo respecto al tema para que los/las participantes lo pongan en práctica.	Materiales didácticos.  Insumos y equipos audiovisuales.  Recursos humanos  Familia  Las/Los adolescentes.  Trabajadora Social.	La familia y adolescentes conocerán todas aquellas habilidades de comunicación asertiva que les permita afrontar el embarazo, garantizando el bienestar integral del mismo.
<b>Dinámica:</b> <u>Roleplaying</u> <b>Destinatarios:</b> La familia (padres, hijos, hermanos) <b>Duración:</b> 45 minutos					



**Desarrollo:** La dramatización permitirá a los participantes vivenciar los hechos o situación presentada que ha provocado la crisis familiar, el animador elegirá un tema sencillo en el que las personas participaran, en casos que las emociones traspasen el límite el animador deberá parar y hacer observaciones.

<p><b>Resolución de conflictos familiares a través de la comunicación asertiva.</b></p>	<p>Identificar las diferentes formas de afrontar y resolver las dificultades que se presentan en la convivencia familiar.</p>	<p><b>Exposición del tema:</b> Identificar las fortalezas y debilidades de la familia. Mediación de los conflictos familiares.  Motivación para el apoyo a los/las adolescentes en el proceso del embarazo. <b>Debate y Pregunta de los/las participantes.</b> <b>Evaluación y conclusiones.</b></p>	<p><b>Aireación:</b> Permite a los participantes liberar sus sentimientos y emociones que ayudarán al análisis de la situación.  <b>Información:</b> Indicar todo respecto al tema para que los/las participantes lo pongan en práctica.</p>	<p>Materiales didácticos.  Insumos y equipos audiovisuales.  Recursos humanos Familia  Las/Los adolescentes.  Trabajador/a Social.</p>	<p>La familia mejorará la relación familiar, y en si la calidad de vida.  Involucrar a los padres en las actividades educativas, de recreación, para restablecer las relaciones interpersonales</p>
---	---	--	--	--	---

**Dinámica:**

Proyección de una película

**Destinatarios:** Familia (padres e hijos/s)

**Duración:** 45 minutos

**Desarrollo:** Se proyecta la película relacionada con el tema en la cual los participantes observarán e emitirán sus conclusiones, ideas u opiniones de la misma generando el debate y concientización para cumplir el objetivo propuesto.

**Elaborado por:** Andrea Morocho



## Anexo 1

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**Entrevista**

Nombre de la/el Profesional: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
Tiempo: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Conocer la perspectiva de los/las profesionales de Trabajo Social sobre como el embarazo en adolescentes influye en la dinámica social y familiar de las/los adolescentes.

Las respuestas emitidas por las personas entrevistadas serán exclusivas de la autora y su uso será únicamente de carácter académico.

### Preguntas

1. ¿Desde su perspectiva profesional como define el embarazo en la adolescencia?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Usted como Trabajador/ra Social con qué frecuencia atiende casos de adolescentes embarazadas o embarazados?

Siempre ☐  
Casi siempre ☐  
Pocas veces ☐  
Nunca ☐

Número de casos o (porcentaje): DIA\_\_\_\_\_MES\_\_\_\_\_AÑO\_\_\_\_\_

3. ¿Cuáles son los rangos de edades de adolescentes embarazadas/os con las que trabaja?

10 – 12 años ☐  
12 - 14 años ☐  
14 – 16 años ☐  
16 – 18 años ☐



4. ¿Usted considera que estos embarazos se dan en el área rural o urbana?

Rural ☐

Urbana ☐

Porcentaje: Rural: \_\_\_\_\_

Urbano: \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

5. ¿Los embarazos en adolescentes pueden darse en colegios fiscales o privados?

**ESCUELA**

U.E. FISCALES ☐

U.E. PRIVADAS ☐

**COLEGIOS**

U.E. FISCALES ☐

U.E. PRIVADAS ☐

¿Por qué? \_\_\_\_\_

6. ¿Usted como Trabajador/ra Social considera que estos embarazos están ubicados en el Quintil 1, 2, 3, 4, 5?

Extrema pobreza ☐

Pobreza ☐

Media baja ☐

Media alta ☐

Clase alta ☐

¿Porque? \_\_\_\_\_

7. Considera usted que el embarazo en la adolescencia es:

Planificado \_\_\_\_\_

No planificado \_\_\_\_\_

Por un problema de información \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

8. ¿Cuándo existe el embarazo en la adolescencia la pareja es adolescente o adulta?

Adolescente	%
Adulto/a	%

¿Cómo es el apoyo de la pareja hacia la adolescente?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. ¿Cuáles son los factores que inciden en el embarazo en la adolescencia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia?

**Salud**

Insuficiencia del aumento de peso (Déficits de hierro) \_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_

Infecciones vaginales \_\_\_\_



Aborto espontáneos \_\_\_\_  
Intento de aborto \_\_\_\_  
Estados hipertensivos gestacionales \_\_\_\_  
Mal formaciones en el niño/o (discapacidad) \_\_\_\_  
Parto difícil y prolongado \_\_\_\_  
Parto prematuro \_\_\_\_  
Complicaciones al momento del alumbramiento \_\_\_\_  
Desnutrición del niño/a \_\_\_\_  
Muerte del niño o la madre \_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

### **Psicológica**

Baja autoestima \_\_\_\_  
Intentos de suicidio \_\_\_\_  
Duelo por el cuerpo de niña perdida \_\_\_\_  
Miedo y confusiones \_\_\_\_  
Tensión \_\_\_\_  
Ansiedad \_\_\_\_  
Depresión postparto \_\_\_\_  
Inquietud del futuro incierto \_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

### **Social**

Abandono educativo \_\_\_\_  
Bajo rendimiento académico \_\_\_\_  
Abandono del niño \_\_\_\_  
Abandono de la pareja \_\_\_\_  
Dificultad para encontrar empleo \_\_\_\_  
Situación económica baja \_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

### **Familiar**

Falta de apoyo familiar \_\_\_\_  
Rechazo de la familia hacia la o el adolescente \_\_\_\_  
Sentimiento de culpabilidad entre los padres \_\_\_\_  
Presión social para el matrimonio \_\_\_\_  
Pérdida de confianza \_\_\_\_  
Castigo, problemas e indiferencias familiar \_\_\_\_  
Hacinamiento familiar \_\_\_\_  
Dependencia económica \_\_\_\_  
Otros \_\_\_\_\_

11. ¿Cuándo los/las adolescentes informan a la familia del embarazo; cual es la ruta que siguen?

---

---

---

12. ¿Cuáles son las reacciones de la familia ante el embarazo en los/las adolescentes?

---

---

---



13. ¿Cuáles son los factores que influyen en los padres y sociedad al hablar sobre temas de sexualidad o métodos anticonceptivos con las/los adolescentes?

En los padres

---

---

En la sociedad

---

---

14. ¿Cree usted que el embarazo en la adolescencia se debe a la falta comunicación en la familia?

SI ☐

NO ☐

¿Por qué? \_\_\_\_\_

15. ¿Cuál son los factores de riesgo y factores protectores que inciden en la falta de comunicación entre los padres y los/las adolescentes?

Factores de riesgo

---

---

Factores protectores

---

---

16. Desde su perspectiva profesional considera que la comunicación asertiva es la adecuada para que la familia apoye en el proceso del embarazo a los/las adolescentes.

SI ☐

NO ☐

¿Por qué? \_\_\_\_\_

17. ¿Para usted cuales son aspectos positivos y negativos de la comunicación asertiva frente al embarazo en la adolescencia?

Positivos \_\_\_\_\_

---

Negativos \_\_\_\_\_

---

18. ¿Cuál es la perspectiva cultural del embarazo en la adolescencia en la ciudad Cuenca?

---

---



19. ¿Cómo Trabajador/ra Social que protocolo o ruta ha seguido para el acompañamiento de estos casos? Y ¿Cuál es el modelo de intervención que aplica?

Modelo de intervención: \_\_\_\_\_

Protocolo General

---

---

---

---

Con el/la adolescente

---

---

---

Con la familia

---

---

---

Con la Unidad Educativa

---

---

---

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

Andrea Morocho  
Trabajo Social



## Anexo 2

**UNIVERSIDAD DE CUENCA**  
**FACULTAD DE JURISPRUDENCIA CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES**  
**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**  
**Historia de vida**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
Edad en el embarazo: \_\_\_\_\_  
Año que cursaba en el embarazo: \_\_\_\_\_  
Edad actualmente: \_\_\_\_\_  
Año que cursa actualmente: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Conocer la perspectiva de los/las adolescentes antes y después del embarazo.

Las respuestas emitidas por las personas entrevistadas serán exclusivas de la autora y su uso será únicamente de carácter académico.

### Preguntas

#### 1. Como ha sido tu vida antes del embarazo

---

---

---

---

---

#### 2. Como ha sido tu vida después del embarazo

---

---

---

---

---

#### 3. Como eran las relaciones afectivas antes del embarazo con:

**Padres:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hermanos/as:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





**Familia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pareja:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Amigos/as:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. Como eran las relaciones afectivas después del embarazo con:**

**Padres:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hermanos/as:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familia:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Pareja:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Amigos/as:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuáles son los Retos de su vida?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¡Gracias por su colaboración!**

Andrea Morocho

Egresada de Trabajo Social



## **Anexo 3**

### **Diseño de la monografía**

#### **1.- Título de la monografía**

La influencia de la comunicación asertiva en el embarazo con adolescentes

#### **2.- Problematicación**

La comunicación es un factor determinante en las relaciones del ser humano y de la vida familiar; sin embargo, frente al embarazo temprano de un hijo o una hija adolescente se genera una serie de problemas especialmente de comunicación y confianza; puesto que, para los padres resulta difícil aceptar que el/la adolescente asuma un rol que no corresponde a su etapa de desarrollo e inclusive cuestionan la educación e información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos proporcionada por los centros educativos a través del Departamento de Consejería Estudiantil (DECE), entidades públicas, privadas de salud o promoción social; y que fueron reforzados esporádicamente por ellos mismos; en efecto ante esta situación, los progenitores reaccionan con arrebato, impotencia, desilusión; desencadenándose en una crisis y proceso de duelo, provocando de esta manera dentro en el grupo familiar: la mala comunicación, la desestructuración familiar, el desapego, la falta de apoyo emocional – afectivo y en algunos casos optan por alejarlos del hogar; que con el transcurso del tiempo pueden conllevar a otras problemáticas para el/la adolescente, entre ellos conflictos internos como baja autoestima, intento de aborto, depresión, temor, intento de suicidio y externos deserción escolar, trabajos mal remunerados, discriminación, entre otros. Para complementar esta información, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), refiere que el 17,2% son madres adolescentes de entre 15 a 19 años de edad. De ahí la importancia de intervenir desde la perspectiva del Trabajo Social parare-educar y concienciar a la familia de incorporar una comunicación asertiva en efecto de que puedan afrontar y lograr una mayor consolidación de afectividad, confianza y de aceptación frente al embarazo en la adolescencia.



### **3.- Justificación**

Impacto social.- La presente recopilación teórica ayudará a los padres conocer la importancia de una comunicación asertiva durante y después del embarazo; que busca generar y establecer nuevas alternativas de aprendizaje comunicacional ante el nuevo rol que asumirá el/la adolescente.

Impacto científico.- La información recopilada permitirá aclarar conceptos y generar el debate sobre la importancia de la comunicación asertiva dentro del grupo familiar; para lo cual, la intervención de el/la Trabajador/ra Social estará dirigida a acompañar y guiar a los sujetos a descubrirlas alternativas adecuadas y necesarias para poder hacerle frente a las consecuencias que conlleva el embarazo en la adolescencia.

### **4.- Objetivos**

#### **4.1.- Objetivo General:**

Analizar los elementos que contribuyen a una comunicación asertiva frente al embarazo en adolescentes.

#### **4.2.- Objetivo específicos:**

- Determinar las causas que dificultan a los/las progenitores comunicarse con los/las adolescentes.
- Identificar las consecuencias del embarazo en adolescentes dentro del contexto familiar.
- Explicar desde el enfoque sistémico para la comunicación asertiva familiar.

### **5.- Fundamentación teórica**

La adolescencia según la Organización Mundial de la Salud indica “como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios...” considerando adolescente a la persona en una edad comprendida de 10 a 19 años. (OMS, 2014). Por el contrario, en el Ecuador según el Código de la Niñez y



Adolescencia define al adolescente a “la persona de ambos sexos entre doce y dieciocho años de edad” (CNA, 2011 : 1).

Respecto a la problemática del embarazo en adolescentes, Ana Jusid indica que “no es un fenómeno nuevo, sino que hoy en día se presentan problemas diferentes... “(Jusid, 1991, p. 60); ahora bien en la antigüedad, las/los adolescentes tenían a sus hijos o hijas bajo el status del matrimonio, mientras que en la actualidad se va incrementando las madres solteras adolescentes (fuera del matrimonio), incrementándose los riesgos de salud, las desventajas sociales y problemas psicológicos - emocionales en las/los adolescentes.

Por lo cual la autora Ángeles Gervilla, explica que “esta búsqueda del adolescente de nuevos contextos sociales en los que desarrollarse tiene que ver igualmente con el incremento de los conflictos en su círculo familiar... del cual obtenía tradicionalmente apoyo social y, por otra parte, un notable incremento de la presión grupal...Generalmente el adolescente posee un escasa información fiable sobre sexualidad prueba de ello son los matrimonios entre adolescentes o madres solteras”. (Gervilla, 2008 : 38). Del mismo modo, la Organización Mundial de la Salud señala que “es posible que se sientan demasiado cohibidas/os o avergonzadas para solicitar servicios de anticoncepción; puede que los anticonceptivos sean demasiado caros o que no sea fácil conseguirlos o incluso que sean ilegales. Aun cuando sea fácil conseguir anticonceptivos, las adolescentes activas sexualmente son menos propensas a usarlos que las mujeres adultas. Puede que las muchachas no puedan negarse a mantener relaciones sexuales no deseadas o a oponerse a las relaciones sexuales forzadas, que suelen ser sin protección”. (2014).

Para complementar esta información las estadísticas del embarazo en adolescentes según las cifras de la OMS indican que:

Unos 16 millones de muchachas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo. (2014).



En el Ecuador según los datos del INEC

La población comprendida entre 15-18 años de edad representa el 30% de la población de adolescentes y de este el 17.2 % adolescentes de 15 – 19 años son madres. ( 2010)

En lo que respecta al Ministerio de Salud Pública del Ecuador indica que el 2 de cada 10 partos son de adolescentes y 4 de 10 mujeres han tenido su primer hijo en la adolescencia. (2010).

Por otra parte, cabe mencionar que la familia cumple un rol fundamental en la formación integral de los seres humanos, pero sin en ella hay inestabilidades afectivas y emocionales no se puede alcanzar el pleno y buen desarrollo de los integrantes del grupo familiar y aún más en la etapa de la adolescencia, en la cual surgen un sin número de dudas e intrigas como parte del proceso de desarrollo, a pesar de los planes preventivos de los gobiernos y los centros educativos que tratan de alguna manera frenar el alto índice de embarazo en las adolescentes, pero la información que reciben realmente no ha logrado generar una cultura de sexualidad responsable por parte de los/las adolescentes y su contexto socio-familiar.

De esta manera Ángeles Gervilla define a la familia como una “La red de parentesco familiar es en este final del milenio, la mejor red de protección social y fundamentalmente lo es por su capacidad para generar una arquitectura de relaciones basadas en el afecto y expresión libre de sentimientos” (Gervilla, 2008 : 13-14).

Así mismo, el Código de la Niñez y Adolescencia define en el Art. 9.- Función básica de la familia.- “La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente. Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos” (CNA, 2011 : 2).

Por otra parte, la comunicación familiar se da “Durante los años preescolares, es probable que la mayor parte del tiempo se haya dedicado al intercambio de mensajes con la familia inmediata; de hecho gran parte de la comunicación durante



esta periodo se orientó hacia el aprendizaje del vocabulario rudimentario verbal y no verbal de la comunicación... No obstante la sabiduría emocional y el mito cultural, la reflexión realista revela que las mejores relaciones se desploman periódicamente en tiempos difíciles” (Fernández Collado & Dahnke, 1986 : 29).

De esta manera, la asertividad es la forma de que “un persona que es asertiva cuando es capaz de ejercer y/o defender sus derechos personales, expresar desacuerdos, dar una opinión contraria y/o expresar sentimientos negativos sin dejarse manipular,... y sin manipular ni violar los derechos de los demás...” (Riso, 2000).

Dentro de este marco, la comunicación asertiva consiste en transmitir aquel mensaje de sentimiento, de afecto y opinión sobre lo positivo o negativo de manera respetuosa, correcta y equilibrada hacia el/la adolescente que asumirán el rol de ser padre o madre, a fin generar lazos de confianza, aceptación, y apoyo ante la situación en la familia. Para concluir, el/la Trabajador/ra Social intervendrá desde el enfoque sistémico puesto que “las personas para la realización de sus planes y para la superación de dificultades que se les plantean en la vida dependen del apoyo que les presten los sistemas social existentes en su entorno social inmediato”. (Garro, 2007 : 274).

## **6.- Metodología**

La presente monografía se basara en la investigación cualitativa, en el que se utilizará el método descriptivo, a través del cual se realizará un análisis de la información recopilada, con el fin de exponer las teorías que sustentan el estudio la comunicación asertiva frente al embarazo en adolescentes; posteriormente se describirá los elementos que contribuyen a la comunicación asertiva frente a la problemática.

Para ellos se utilizara las Técnicas de:

Análisis documental.- La recopilación de información se obtendrá de: libros, tesis, monografías, artículos de periódicos, revistas u otro tipo de documentos impresos o digitales, para su posterior estudio y descripción del tema propuesto.

Entrevista Semiestructurada.- Los testimonios de los/las adolescentes y personas que tuvieron su primer hija/o a temprana edad permitirá estudiar sobre las consecuencias que trajo el ser padre o madre a temprana edad y el papel que asumió



la familia ante la situación, información que se complementara con la entrevista a profesionales de Trabajo Social.

## **Esquema tentativo**

Introducción

## **CAPITULO I**

Generalidades - Embarazo en la adolescencia

- 1.1 ¿Qué es adolescente?
- 1.2 Embarazo en adolescentes.
- 1.3 Causas y factores asociados al embarazo en la adolescencia.
- 1.4 Tabús sobre la Sexualidad desde los padres y la sociedad.
- 1.5 ¿Qué es consecuencias con lleva el embarazo en la adolescencia?
- 1.6 El embarazo en adolescente desde la perspectiva cultural.

## **CAPITULO II**

Comunicación asertiva en la familia

- 2.1 La familia.
- 2.2 La disfuncionalidad familiar ante el embarazo en adolescentes.
- 2.3 El papel de la familia frente al embarazo en adolescentes.
- 2.4 La comunicación y su clasificación.
- 2.5 ¿Qué es la comunicación asertiva?
- 2.6 Factores que inciden en la falta de comunicación asertiva entre padres e hijos/as adolescentes.
  - 2.6.1 Factores protectores
  - 2.7.2 Factores de riesgo
- 2.7 Los aspectos positivos de la comunicación asertiva frente al embarazo en la adolescencia.

## **CAPITULO III**



## Intervención del Trabajo social desde el enfoque sistémico

3.1 Intervención del Trabajador/ra Social con las familias con hijo/a adolescente en situación embarazado.

3.2 Intervención del Trabajador/ra Social con el/la adolescente en situación de embarazo.

3.3 Testimonios de madres/padres adolescentes y las/los profesionales de Trabajo Social.

3.4 Análisis testimonios.

## Conclusiones

## 8.- Cronograma

Actividades	MARZO 2016				ABRIL 2016				MAYO 2016				JUNIO 2016				JULIO 2016				AGOSTO 2016			
	SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS				SEMANAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración y aprobación del diseño de tesis.	X	X	X																					
Recopilación de la información.				X	X	X	X	X	X	X	X	X												
Análisis e interpretación de la información recopilada.												X	X	X	X									
Redacción del primer informe de la investigación monográfica.																X	X	X	X					
Sistematización de la investigación.																	X	X	X					
Elaboración y análisis de la entrevistas																				X	X	X		
Presentación del informe final investigación monográfica.																					X	X		
Sustentación de la investigación monográfica.																								X